



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ JA KROONINEN KIPU**

Fysioterapia kidutuksen uhriksi  
joutuneen kuntoutuksessa

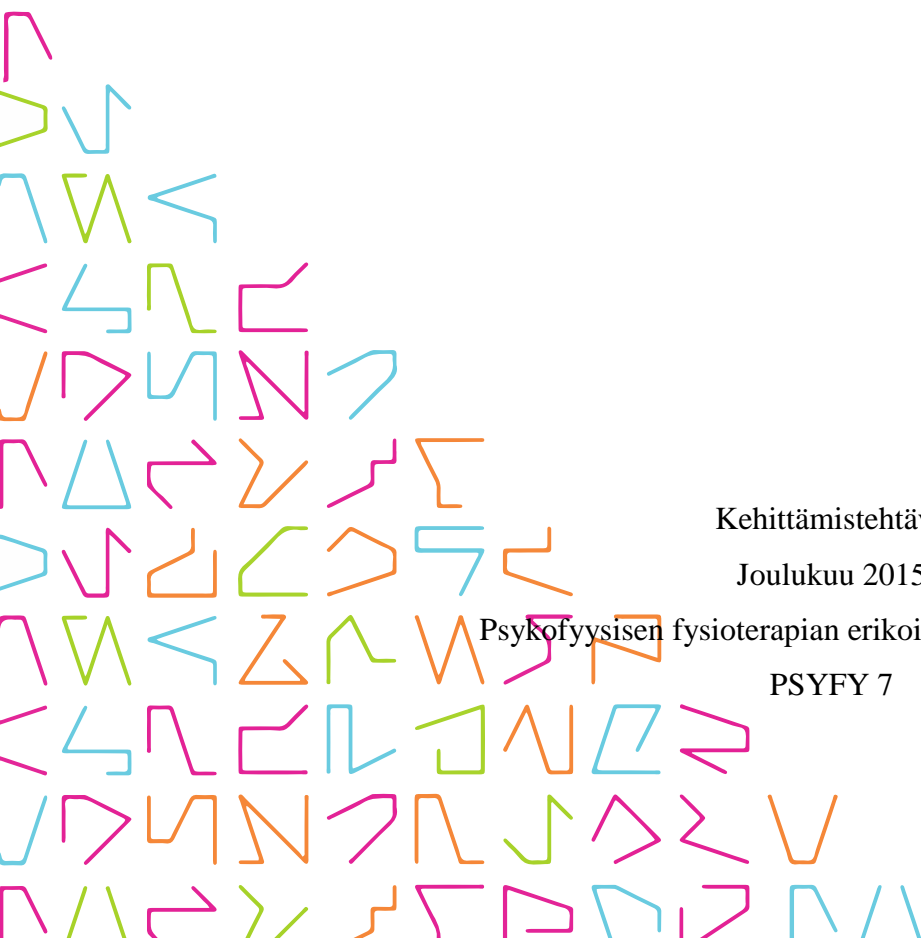
Iita-Mari Herva

Kehittämistehtävä

Joulukuu 2015

Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot 30 op

PSYFY 7



# TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot

HERVA IITA-MARI:

Traumaperäinen stressihäiriö ja krooninen kipu

Fysioterapia kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa

Opinnäytetyö 99 sivua

Joulukuu 2015

---

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli selvittää mitä menetelmiä fysioterapeutilla on käytettävänä kidutuksen uhriksi joutuneiden kuntoutuksessa. Työn näkökulma on psykofyysinen. Taustatietona on käytetty traumaperäistä stressihäiriötä, kroonista kipua ja vireystilaa käsitteleviä aineistoja.

Kehittämistehtävän päätavoite oli löytää ja jäsentää teorial tietoa kiduksen aiheuttamista seurauksista ja oireista. Työn toisena tavoitteena oli selkeyttää fysioterapian osuutta ja roolia moniammatillisessa tiimissä. Kolmantena tavoitteena oli lisätä fysioterapeuttien ja muiden aiheesta kiinnostuneiden tietoa kidutuksen aiheuttaman trauman erityispiirteistä ja vaikutuksista toimintakykyyn, sekä kidutettujen kuntoutuksen erityispiirteistä ja sen yhteydessä käytettävistä hoitomenetelmistä.

Kehittämistehtävän tutkimuskysymyksiä, jotka ohjasivat työn tekemistä, olivat: mitä kidutustraumasta ja kroonisesta kivusta tiedetään, mitä erityisiä piirteitä on kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa ja millaisia menetelmiä fysioterapeutti voi työssään käyttää. Aineistoissa merkityksellisimpänä nousi esille vuorovaikutusprosessi ja kuntoutettavan kokemus kivusta ja trauman oireista.

Kehittämistehtävässä on myös tapausesimerkki, jonka tarkoituksena on kuvata kuntoutusprosessiin kuuluvia vuorovaikutuksellisia keinoja tilanteessa, jossa kuntoutujalla on heikentynyt kyky pärjätä arjessa, ja hänen tulevaisuutensa näyttää toivottomalta kidutuskokemuksesta johtuvien kroonisen kivun ja psyykkisen trauman takia.

---

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, kuntoutus, kidutus, traumaperäinen stressihäiriö, krooninen kipu

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu

Tampere University of Applied Sciences

Psychophysical Physiotherapy Specialization Studies

HERVA IITA-MARI:

Post-traumatic Stress Disorder and Chronic pain

Physiotherapy for Survivors of Torture

Development Project 99 pages

December 2015

---

The purpose of the Development Project was to find out what kind of methods there are for the rehabilitation of torture victims. The perspective is psychophysical. The Polyvagal theory as well as subjects of post-traumatic stress disorder and chronic pain have been used as source information.

The main objective of the development project was to collect and analyze theoretical knowledge of the consequences and symptoms caused by torture. Another objective of the work was to clarify the role of physiotherapy in a multi-professional team. The third objective was to enhance the knowledge of therapists and others who are interested in the characteristics of the trauma which is caused by torture, and the applicable treatments in rehabilitation.

The research questions which guided the work were: what is known about trauma and chronic pain caused by torture, and what special treatments a physiotherapist can use in the rehabilitation of the torture victims. The most meaningful findings in the materials were the physiotherapists' interaction and experiences with patients.

The case example described in this work illustrates the interaction methods used in rehabilitation processes. The patient has an impaired ability to get along with everyday life while suffering chronic pain and mental trauma caused by the torture experience.

---

Key words: post-traumatic stress disorder, chronic pain, psychophysical, physiotherapy

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KIDUTUKSEN UHRIKSI JOUTUNUT MAAHANMUUTTAJA.....	8
3	TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ .....	13
3.1	Traumaperäisen stressihäiriön kriteerit ja oireet.....	14
3.2	Dissosiaatio.....	17
3.3	Masennus .....	19
4	KROONINEN KIPU .....	22
4.1	Kivun vaikutukset .....	25
4.2	Kroonisen kivun hoito .....	27
5	PSYKKINEN TRAUMA JA VIREYSTILOJEN VAIHTELU .....	32
5.1	Trauma ja vireystilan häiriöt.....	36
5.2	Trauman hoito.....	40
5.3	Vakauttaminen .....	44
5.4	Psykoedukaatio .....	46
6	KIDUTUS .....	48
6.1	Kidutuksen seuraukset .....	50
6.2	Kidutuksen aiheuttamat psyykkiset häiriöt.....	52
7	KUNTOUTUS.....	54
7.1	Yhteistyön rakentaminen .....	56
7.2	Reflektointi .....	58
7.3	Auttajan rooli .....	60
7.4	Tavoitteiden asettaminen .....	63
7.5	Kuntoutuksen edistyminen .....	66
8	FYSIOTERAPIA.....	68
8.1	Fysioterapiahuone .....	69
8.2	Arviointimenetelmät .....	70
8.3	Kipupiiirros .....	72
8.4	Kosketus ja hieronta.....	73
8.5	Kehotietoisuus .....	75
8.6	Liikeharjoitukset ja voimaharjoittelu .....	77
8.7	Ryhmä.....	79
8.8	Kotiohjeet.....	80

9	TAPAUSESIMERKKI.....	81
9.1	Kuntoutuksen tavoitteet .....	83
9.2	Toimintakyky .....	85
9.3	Kipu .....	89
9.4	Palautteet.....	90
10	POHDINTA.....	92
	LÄHTEET.....	96

## 1 JOHDANTO

Suomi on allekirjoittanut vuonna 1989 sopimuksen, joka velvoittaa Suomea järjestämään kidutuksen uhriksi joutuneelle hoitoa ja kuntoutusta (Ulkoasiainministeriö; Kyllönen-Saarnio & Nurmi. 2005. 43). Turvapaikanhakijoiden määrän lisääntyminen on aiheuttanut lisääntyviä haasteita kaikilla siihen liittyvillä yhteiskunnan alueilla. Kidutuksen uhrien ja heidän traumojensa tunnistaminen, sekä sopivien hoitomuotojen valinta, nousevat tärkeäksi työn osaksi yhä useammalle terveydenhoitolalla työskentelevälle.

Kidutus on järjestelmällistä fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa, joka kohdistuu ihmiseen, jonka vapaus on riistetty. Kidutuksen tarkoituksena on persoonallisuuden ja identiteetin murskaaminen, tiedon hankkiminen tai joukkosorto. (Kyllönen-Saarnio & Nurmi. 2005. 43) Kidutus voidaan jaotella fyysiseen kidutukseen, psyykkiseen kidutukseen ja seksuaalikiutukseen. Fyysisen kidutuksen seurauksena on kipu. (Ruuskanen 2007. 487) Akuutti kipu rajautuu alle 6 viikkoon, yli 6 viikkoa jatkunut kipu on pitkittynyttä kipua ja yli kolme kuukautta kestänyt kipu on kroonistunutta (Alaselkäkipu. 2014). Kroonistuneessa kivussa kipu jatkuu, vaikka kudosvaurio on jo parantunut (Miranda 2015). Traumaperäinen stressihäiriö on tila, joka johtuu tyypillisesti sellaisesta traumaattisesta kokemuksesta, johon liittyy kuolema, kuoleman uhka, vakava loukkaantuminen tai loukkaantumisen uhka. Traumaperäisen stressihäiriön oireista kärsivä tyypillisesti kokee traumaattisen tapahtuman toistuvasti uudelleen, välttelee traumatapahtumaa muistuttavia asioita ja hänellä on negatiivisia muutoksia mielialassa, kognitiivisissa toiminnoissa sekä sosiaalisessa käyttäytymisessä. (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014).

Kuntoutus on pitkä prosessi, joka vaatii onnistuakseen suunnitelmallisuutta. Kuntoutussuunnitelma perustuu kuntoutujan nykyiseen elämäntilanteeseen, tavoitteisiin ja käytettävissä oleviin keinoihin sekä toimenpiteisiin. Se sisältää vastuunjaon, aikataulun ja suunnitelman kuntoutuksen seurannasta. (Reuter 2013) Kidutuksen uhriksi joutuneen toimintakyvyn parantamiseen tarvitaan käytännössä aina kuntoutusta. Fysioterapeutin ammattitaitoa hyödynnetään toimintakyvyn parantamisessa. Maahanmuuttajien hyvä toimintakyky on edellytys myös kotoutumiselle.

Kehittämistehtäväni ensisijainen tavoite on löytää ja jäsentää omaa teorian tietoa kiduksen aiheuttamista seurauksista ja oireista. Työn toisena tavoitteena on selkeyttää fysioterapian osuutta ja roolia moniammatillisessa tiimissä, joka tuottaa kidutettujen kuntoutuspalveluja. Kolmantena tavoitteena on lisätä fysioterapeuttien ja muiden aiheesta kiinnostuneiden tietoa kidutuksen aiheuttaman trauman erityispiirteistä ja vaikutuksista toimintakykyyn. Tämän tehtävän puitteissa kokoan tietoa ja kokemuksia menetelmistä, joita fysioterapeutit käyttävät kidutuksen uhriksi joutuneiden kuntoutuksessa. Aineisto on tarkoitettu käytettäväksi Oulun diakonissalaitoksen säätiön kidutettujen kuntoutuspalveluissa.

Työn tekemistä ohjaavia tutkimuskysymyksiä ovat: mitä kidutustraumasta ja kroonisesta kivusta tiedetään, mitä erityisiä piirteitä on kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa, millaisia menetelmiä fysioterapeutti voi työssään käyttää tällä erityisalueella, ja millä tavoin vireystilan hallitsemattomaan vaihteluun voidaan vaikuttaa psykofyysisen fysioterapian keinoilla.

Tässä kehittämistehtävässä kuntoutuksen näkökulmana on psykofyysinen fysioterapia, joka edellyttää kokonaisvaltaista ihmisen toimintakyvyn huomioimista. Vuorovaikutuksellisuus ja voimavarat ovat keskeisiä tekijöitä psykofyysisissä menetelmissä. (Psyfy 2015) Tässä työssä selvitän trauman ja kroonisen kivun vaikutusta kokemuksellisella tasolla ja pyrin kartoittamaan millaisia keinoja fysioterapeutilla on ottaa huomioon kidutuksen uhriksi joutuneen yksilölliset oireet ja kuntoutumisen tavoitteet.

Traumatisoituneilla ja kroonisesta kivusta kärsivillä esiintyy toimintakykyyn vaikuttavaa vireystilan vaihtelua (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014; Orenius 2015). Kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa intervention kohteina ovat kiputilat, fyysiset toimintarajoitteet ja vireystilan häiriöt. Kehittämistehtävässä pyrin selvittämään, millä fysioterapian keinoilla näihin voidaan vaikuttaa.

Työssäni esittelen myös tapausesimerkin. Kyseessä on kuntoutuja, jolla on heikentynyt kyky pärjätä arjessa. Hänen tulevaisuudensuunnittelukeinonsa ovat kidutuskokemuksesta johtuvien kroonisten kipujen ja psyykkisen trauman takia merkittävästi vähentyneet. Esimerkin avulla kuvaan kuntoutusprosessiin kuuluvia vuorovaikutuksellisia menetelmiä.

## 2 KIDUTUKSEN UHRIKSI JOUTUNUT MAAHANMUUTTAJA

Suomeen tulevien maahanmuuttajien joukko on monimuotoinen ja se sisältää mm. parisuhteen tai perheen vuoksi muuttavia, työperäisiä muuttajia, opiskelijoita, ja pakolaisia. (Oulun kaupungin Kotouttamisohjelma 5) Tänä vuonna Suomeen on tullut erityisen paljon pakolaisia. Turvapaikkaa hakevat pakolaiset rekisteröidään ja sijoitetaan aluksi vastaanottokeskuksiin. Oleskeluluvan saaneet sijoittuvat kaupunkeihin ja kuntiin asukkaiksi, ja pääsevät samalla yhteiskunnan järjestämän terveydenhuollon piiriin.

Monilla pakolaisilla on ollut erityisen paljon stressitilanteita jo ennen maahantuloa. He ovat saattaneet joutua lähtemään kotimaastaan äkkiä ja suunnittelematta, eikä lähtiessä määränpäästä ole ollut tietoa. He ovat joutuneet jättämään omaisuutensa, ammattinsa, sukulaisensa ja ystävänsä. Heidän perheensä voi olla hajonnut ja osa perheenjäsenistä on kuollut tai edelleen kateissa. Tilanne jatkuu epävarmana myös uudessa asuinmaassa. Samalla heidän pitäisi selviytyä suurista haasteista, on opittava uusi kieli ja kokonaan uusi kulttuuri. Aikaa ja tilaa menetysten läpikäymiselle ja surulle ei juurikaan ole. (Halla 2007. 470)

Kesäkuussa 2015 Helsingin Sanomissa oli artikkeli pakolaisista. Tässä lainauksia, jotka kuvaavat yhden henkilön pakomatkaa Eritreasta Eurooppaan:

Eritrealaisen Kidanen viimeinen päivä kotimaassaan oli kolme vuotta sitten. – – Hän pelkäsi kiinnijäämistä, mutta sitäkin hirvittävämpi ajatus oli, että hän joutuisi jäämään kotimaahansa. – – Ihmisiä voidaan pidättää tai vangita mielivaltaisesti, ilman oikeudenkäyntiä, tai lähettää asepalvelukseen määrittämättömäksi ajaksi. Ihmisiä katoaa jäljettömin, jotkut lopullisesti. Osa joutuu pakkotöihin, osa kidutetuiksi. – – Hiekka tunki nenään ja suuhun, kun libyalaiset salakuljettajat kaahasivat dyyniltä toiselle. Kidane ja avolavan reunoilla istuvat miehet puristavat auton laitoja. He olivat köyttäneet itsensä vaatteilla kiinni toisiinsa. Naiset ja lapset, jotka oli sullottu keskelle, huusivat ja itkivät, jotkut mumisivat kipujaan puolihorroksessa. Välillä joku tippui. Silloin kaikki huusivat ”ooo”, kunnes auto pysähtyi ja pudonnut nostettiin takaisin kyytiin. – – Kuukauden Kidane ja muut viettivät jonkinlaisessa kontissa, johon oli tehty reikiä. Ulos ei nähnyt, mutta salakuljettajat kutsuivat paikkaa Islavaksi. – – Lopulta 14. syyskuuta 2014, yli kahden vuoden matkanteon jälkeen, alkoi Kidanen matka Eurooppaan. – – Pelastusliivejä ei ollut, ja 750 ihmistä yhteen veneeseen oli aivan liikaa. – – Koko tämän ajan Kidane oli istunut toisessa kerroksessa kalansäilytyslaatikossa. Ruumassa ei ollut tarpeeksi happea ja ihmiset hikoilivat ankarasti. Kivut olivat vain tilapäistä, hän hoki ja hellitteli ajatusta rantaan pääsemisestä. – –



Yhdeksän konemaisen ja neljässä eri vastaanottokeskuksessa vietetyn kuukauden jälkeen Tanska toivottaisi hänet tervetulleeksi. Mutta matkalla koetut pelot ja kauheet kertautuisivat pakonomaisesti mielessä ja tunkeutuisivat välähdyksinä arkiaskareiden lomaan vielä pitkään. (Huhtanen. 2015)

Esimerkkitapaus vältti pakenemisellaan kidutuksen, mutta moni Suomeenkin tullut on joutunut kidutuksen uhriksi. Tutkimusten mukaan pakolaistaustaisista maahanmuuttajista traumatapahtumia esiintyi 57–78 %:lla (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014). Pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla on runsaasti traumaattisia sota- ja vainokokemuksia. Suomalaisen tutkimuksen mukaan 41–57 % pakolaistaustaisista maahanmuuttajista oli nähnyt väkivaltaisen kuoleman. Kansainvälisten tutkimusten mukaan traumaperäinen stressihäiriön esiintyvyys on aikuisilla pakolaisilla keskimäärin 9–31 % ja turvapaikan-hakijoilla 11–56 %. (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014) Suomi on allekirjoittanut 29.9.1989 Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen ja halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastaisen yleissopimuksen (Ulkoasianministeriö). Tämä yleissopimus velvoittaa Suomea hoitamaan ja kuntouttamaan kidutuksen uhreja riippumatta heidän kansalaisuudestaan. Hoitoa tarvitsevat usein myös muut perheenjäsenet, erityisesti lapset. (Kyllönen-Saarnio & Nurmi 2005. 43)

Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt ovat melko tavallisia mielenterveyden häiriöitä (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014). Traumatisoivan tilanteen jälkeisen häiriön nimeksi on Suomessa vakiintunut traumaperäinen stressireaktio. Tässä kehittämistehtävässä käytän myös englanninkielistä lyhennettä PTSD, joka tulee sanoista Post Traumatic Stress Disorder (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014). PTSD:n oireet ja sen aiheuttama häiriö tulisi tunnistaa kaikkialla terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijöiden on ohjattava jatkuvasti oireilevat hoitoon (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014).

Varsin usein pakolaiset ovat joutuneet kotimaassaan kidutuksen uhriksi. Kansainväliset sopimukset ovat kieltäneet kidutuksen, mutta edelleen kidutusta käytetään noin sadassa maassa (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014). Kidutusta harjoitetaan systemaattisesti myös useissa maissa, jotka ovat allekirjoittaneet YK:n kidutuksenvastaisen sopimuksen.

Kidutusta käytetään vallan välineenä ja pelon ilmapiiriin luomiseksi. Tarkoituksena on tuhota uhrin persoona. Uhri pyritään asettamaan mahdottoman valinnan eteen ja täyden avuttomuuden tilaan. Kidutuksen seurauksena luottamus ihmisiin romahtaa. Tällainen trauma poikkeaa muista vammautumistilanteista. (Ruuskanen 2007. 486)

Kidutustapausten tunnistaminen on vaikeaa. Tämäkin mahdollisuus tulisi kuitenkin pitää mielessä, kun asiakkaana on maahanmuuttaja, jolla on monimuotoisia kipuoireita, keskittymisen ja nukkumisen vaikeuksia. Kun on aihetta epäillä, että oireiden taustalla on kidutus, asioista voi kysyä suoraan asiakkaalta (taulukko 1). Kiinnostus asioita ja ilmiöitä kohtaan ei ole missään kulttuurissa loukkaavaa. On myös hyvä perustella, miksi joidenkin asioiden tietäminen on tärkeää. (Ruuskanen 2007. 486; Tunnista tuska)

TAULUKKO 1. Kysymyksiä, joiden avulla kidutuskokemuksen voi ottaa puheeksi.  
(Tunnista tuska –opas; Pakolaisen psykososiaalisen tuen kehittäminen 2014)

- Onko sinulla usein nukahtamisvaikeuksia?
- Onko sinulla usein painajaisia?
- Kärsitkö usein päänsärystä?
- Onko sinulla usein muita fyysisiä kipuja?
- Suututko helposti?
- Ajatteletko usein tuskallisia menneisyyden tapahtumia?
- Pelästytkö usein tai oletko usein peloissasi?
- Unohdatko usein arkipäivän asioita?
- Huomaatko usein menettäneesi kiinnostuksen asioihin?
- Onko sinulla usein keskittymisvaikeuksia?
- Onko sinulle joku tehnyt joskus jotain pahaa?
- Oletko joutunut joskus tekemään jotain vastoin tahtoasi?
- Kertoisitko hieman tapahtumista kotimaassasi ennen kuin lähdit sieltä?
- Onko sinulla pelkoja tai muita huolia?
- Onko vielä jotain olennaista, mitä minun pitäisi tietää?

Työ maahanmuuttajien kanssa vaatii rohkeutta panna itsensä alttiiksi uusille asioille. Liiallinen autoritaarisuus tai byrokraattisuus estää usein luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen. Pakolaisena kotimaastaan lähtemään joutunut havaitsee hyvin herkästi häneen kohdistuneen epäluulon ja ylenkatseen. Ihmiset ja heidän perustarpeensa ovat kulttuurista riippumatta pohjimmiltaan hyvin samanlaisia. Työntekijän olisi kyettävä näkemään oman kulttuurinsa ja muut kulttuurit erilaisina mutta samanarvoisina. Tämä mahdollistaa tasa-arvoisen keskustelun asioista, jolloin asiakas uskaltaa helpommin ottaa esille myös arkaluonteisia asioita. (Halla 2007. 473- 74)

Vain harva kidutuksen uhriksi joutunut pääsee täysin eroon kidutustrauman oireista, mutta kuntoutuksella monien asiakkaiden kivut vähenevät ja toimintakyky paranee merkittävästi. Kuntoutus luo perustan ja toivon paremmasta tulevaisuudesta. Fysioterapian avulla asiakkaalla on mahdollisuus oppia tunnistamaan kehon ja mielen välinen yhteys. Fysioterapeutin ohjauksessa fyysisestä aktiivisuudesta ja harjoittelusta tulee tärkeä osa asiakkaan arkipäivää. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 107)

Kotouttamista edistävistä palveluista vastaavat Työ- ja elinkeinotoimisto sekä kunnat. Kunnilla on vastuu kotouttamisen toteutumisesta. (Kotouttaminen) Kotoutumisen edistämisen tarkoitus on tarjota maahanmuuttajalle mahdollisimman pian maahantulon jälkeen mahdollisuus hankkia suomalaisen yhteiskunnan aktiivisen ja tasavertaisen jäsenen tarvitsemat valmiudet. Kotouttamisen tavoitteena tulee olla maahanmuuttajan oman aktiivisuuden edistäminen. Onnistuneessa kotoutumisessa maahanmuuttaja oikeuksien ja velvollisuuksien osalta saavuttaa muun väestön kanssa tasavertaisen aseman yhteiskunnassa. Kotoutumisen tärkeimmät edellytykset ovat kielitaito ja työllistyminen. Kotouttamistoimenpiteiden tulee lähteä maahanmuuttajan omista tarpeista. Tarvittaessa perehdyttäminen tapahtuu myös arkielämän taitojen alueella. Keskeisimpiä haasteita ovat arjessa selviytyminen, kielitaito, toimeentulo, koulutus ja työelämään pääsy. Kotoutuminen itsessään tapahtuu tehokkaimmin erilaisissa arkipäivän tilanteissa ja kohtaamisissa valtaväestön kanssa. (Kotini on täällä... 5-6)

Maahanmuuttajille soveltuvat yleensä samat psykiatriset hoitomuodot kuin kanta-väestölle. Työntekijöiden pitää kuitenkin muistaa, että asiakkaalla voi olla sellaisia kulttuuriin liittyviä ajattelu- ja toimintatapoja, jotka vaikuttavat hoidon toteutumiseen. Maahanmuuttajan kulttuurisia erityispiirteitä ei pidä kuitenkaan ylikorostaa, vaan hänet on pyrittävä kohtaamaan yksilönä, jolla on omat persoonalliset erityispiirteensä.

Asiakkaan aktiivinen kuuntelu on koko hoitosuhteen perusta. Vain kyselemällä ja kuuntele-malla voidaan saada riittävästi tietoa asiakkaan elämästä ja ongelmista sekä hänen yksilöllisistä ja kulttuurisista erityispiirteistään. Tähän tarvitaan myös aikaa; kiire estää hoito- ja kuntoutussuhteen rakentumisen. Kun työntekijä on kiinnostunut asiakkaan kulttuuritaustasta ja kokemuksista, tämä parantaa asiakkaan itsetuntoa, auttaa toipumisessa ja edistää kuntoutumista. (Halla 2007. 472)

Maahanmuuttaja ja kidutuksen uhriksi joutunut voi erilaisen kulttuurin ja taustan takia olla täysin tietämätön trauman ja mielenterveyden ongelmista. Monissa kielissä, esimerkiksi kurdin kielessä, ei ole suoraan masennusta merkitsevää sanaa. Tällöin on hyvä kertoa asioista oiretasolla esimerkiksi väsymyksestä, aloitekyvyttömyydestä, muisti- ja keskittymisvaikeuksista, toivottomuudesta tai kuoleman toiveista ja itsemurha-ajatuksista. Nukkumisvaikeuksien selvittely ja hoito on yleensä helppo ymmärtää. Myös PTSD:n kuvaaminen onnistuu parhaiten oireiden kautta. Tuolloin voidaan puhua traumaattisten (nimettyjen) tapahtumien uudelleen kokemisesta, jännittyneisyydestä ja varuillaanolosta, ärtyneisyydestä, tiettyjen tilanteiden ja asioiden välttämisestä, keskittymisvaikeuksista, muisti-, ja nukkumisvaikeuksista ja painajaisista. (Halla 2007 471)

### 3 TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ

Kidutus on osa sodankäyntiä. Sen tavoitteena on vastustajan pelottelu, tiedon hankkiminen ja kivun tuottaminen. (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014) Kidutuksen tarkoituksena on aiheuttaa äärimmäistä kärsimystä, rikkoa uhrin ruumis ja mieli loukkaamalla yksilön koskemattomuutta. Kidutusmenetelmät, jotka uhkaavat henkeä tai uhkaavat hajottaa ruumiin toimintoja, tuottavat ihmiselle suurimman mahdollisen pelon ja kauhun. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 41)

Kidutuksen uhriksi joutunut asiakas kärsii tyypillisesti esimerkiksi traumaperäisen stressihäiriön oireista, ahdistuneisuudesta, masennuksesta, kivuista, muistihäiriöistä, unettomuudesta ja pääkivuista. Useimmiten kidutuksen uhriksi joutuneet pelkäävät ja häpeävät kertoa kidutustaustastaan. Asiasta on osattava kysyä suoraan. Jos kidutuskokemus voidaan ottaa puheeksi avoimesti, mutta hienovaraisesti, ovat he poikkeuksetta hyvin helpottuneita ja myös kiitollisia myötäelämisestä. (Ruuskanen 2007. 486)

Fysioterapian ensimmäisellä käynnillä kidutuksen uhriksi joutunut asiakas on yleensä vähäpuheinen, jännittynyt ja istuu tuolilla kumarassa, ikään kuin hän yrittäisi viedä mahdollisimman vähän tilaa. Katse on luotuna alaspäin. Kipupiiirroksen asiakas täyttää punaisilla merkinnöillä. Kipua on erityisesti selässä ja pääkipu on jatkuvaa. Asiakas vastailee kysymyksiin lyhyesti, kertoo olevansa väsynyt, koska on nukkunut vain muutamien tunnin yössä. Yöuni on ollut levoton. On tavallista, että hän käy suomenkielen kursseilla ja viihtyy koulussa, koska siellä vointi on hyvä. Asiakas kuitenkin kertoo, ettei ole kyennyt oppimaan suomea, koska keskittymiskyky on hyvin heikko. Hän ei muista asioita, joita on opiskellut ja vapaa-ajalla hän ei kykene tekemään kotitehtäviä. Asiakas on hämmentynyt ja iloton. Puheesta ja ilmeistä heijastuu suru ja ahdistus. Hänellä on elämälleen hyvin vähän toiveita ja suunnitelmia. Kidutuksen uhriksi joutuneilla asiakkaillani on diagnosoitu traumaperäinen stressihäiriö, masennus tai molemmat.

### 3.1 Traumaperäisen stressihäiriön kriteerit ja oireet

Traumaperäisen stressihäiriödiagnoosin edellytyksenä on, että potilas on kokenut poikkeuksellisen uhkaavan tai katastrofaalisen tapahtuman. Traumaattiseen tapahtumaan liittyy kuolema, vakava loukkaantuminen tai vakavan vamman uhka. Ihminen on voinut nähdä useita onnettomuuksia tai väkivallasta aiheutuneita vastenmielisiä seuraamuksia. Myös yllättävä tieto lähiomaisen tai ystävän kuolemasta voi johtaa PTSD:hen. (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014) Traumatisoivaan tapahtumaan ei aina liity fyysistä vahingoittumista. Jotta tapahtumalla ja sen psyykkisenä seurauksena olevalla stressihäiriöllä olisi todennäköinen syy-yhteys, stressitapahtuman tulee olla selvästi tavanomaisesta elämäntapahtumasta poikkeava ja yksilön voimavarat ylittävä. Tapahtuma voi olla kertaluonteinen tai se voi toistua usein lyhyessä ajassa. Pitemmän ajan kuluttua toistunut traumatapahtuma voi aiheuttaa stressihäiriön vaikeutumista tai uusiutumista. (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014)

PTSD-oireita ovat jatkuvat tapahtumaan liittyvät muistikuvat, hetkelliset voimakkaat takauamat ja ahdistuneisuus tilanteissa, jotka muistuttavat traumatisoineesta tapahtumasta. Painajaisunissa esiintyy asioita traumatapahtumasta. Asiakas saattaa pyrkiä välttämään tilanteita ja asioita, jotka muistuttavat traumatapahtumaa. On myös tavallista, että asiakas ei kykene muistamaan joitakin tapahtuman keskeisiä asioita. Hänellä voi myös olla jatkuvaa psyykkistä herkistymistä tai ylivireyden oireita. (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014) Psyykkisen trauman stressaavuuteen vaikuttavia tekijöitä on useita (taulukko 2). Ylivireyden oireita ovat voimistuneet aistimukset, emotionaaliset reaktiot, ylivälppäus ja mieleen tunkeutuvat mielikuvat sekä häiriö kognitiivisessa toiminnassa. (Ogden, Minton & Pain. 2009. 28) Häiriöt aiheuttavat merkittävää kärsimystä tai haittaavat sosiaalista, ammatillista tai muuta tärkeää toimintakyvyn aluetta. (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014)

Traumaoireet ilmenevät tyypillisesti sekä psyykkisellä että myös kehollisella tasolla (Leikola 2014. 136). Somatisointi ilmenee ruuansulatusjärjestelmän oireina, kroonisena kipuna, sydän- ja keuhko-oireina, seksuaalisina oireina ja konversio-oireina (Traumaterapiakeskus). Konversiohäiriölle olennaista vähintään yksi tahdonalaisen lihaksen tai aistien toimintaan liittyvä oire tai vajuus, joka muistuttaa neurologista tai muuta ruumiillista häiriötä. Oireen tai toiminnan vajaukseen liittyy psykologisia tekijöitä. Oireen ilmenemistä tai pahentumista edeltää erilaisia psyykkisiä ristiriitoja, stressitekijöitä tai

traumaattiseen tapahtumaan liittyviä tunnemuistoja. Oireelle tai vajavuudelle ei löydy ruumiillisella häiriöllä tai kemiallisen aineen vaikutuksella selittävää aiheuttajaa. Oire tai vajavuus ei myöskään ole tarkoituksellisesti tuotettu tai teeskennelty. Konversio-oireet voivat esiintyä motoristen toimintojen häiriöinä. Näitä voivat olla esimerkiksi heikentynyt lihasten yhteistoiminta, tasapainohäiriöt, lihasten heikkous tai halvaantuminen, äänen heikentyminen tai käheys, nielemisvaikeudet tai palan tunne kurkussa sekä vaikeus virtsata. Aistinelinten toimintaan liittyviä konversio-oireita voivat olla kosketuksen tai kivun tunteen heikentyminen tai häviäminen, kaksoiskuvat, sokeus, kuurous ja erilaiset aistinharhat. Joskus konversio-oireina ilmenee epileptistä kohtausta muistuttavia kouristuksia. (Huttunen 2014d)

**TAULUKKO 2. Psykkisen trauman stressaavuuteen vaikuttavia tekijöitä. (Traumaperäinen stressihäiriö. 2014)**

- Järkyttävyyden aste, esimerkiksi
  - lähiomaisen tai muun läheisen väkivaltainen kuolema, itsemurha tai vahingoittuminen
  - lapsen väkivaltainen kuolema tai vahingoittuminen
  - suuri uhrien määrä onnettomuuden tai väkivallan seurauksena
  - vammojen luonne ja vakavuus (silpoutuminen, palaminen yms.)
  - uhkatilanteissa kuoleman vaaran todennäköisyys
- Stressitilanteen luonne, esimerkiksi
  - vaikutusvaiheen pitkä kesto
  - suuronnettomuuden laajuus
  - stressitapahtuman yllätyksellisyys
  - jatkoseuraamusten heikko ennustettavuus
- Stressitapahtuman tyyppi, esimerkiksi
  - ihmisen toiminnasta aiheutunut tahallinen teko, kuten terrorismi, tai tuottamuksellinen onnettomuus
  - sota erityisesti siviileihin kohdistuvilta vaikutuksiltaan
  - erityisesti henkilökohtaista koskemattomuutta ja ihmisarvoa loukkaava teko, kuten raiskaus, pahoinpitely tai kidutus
  - varoitusjärjestelmän pettäminen ennen tapahtumaa
- Uhriksi joutuneeseen liittyvät tekijät, esimerkiksi
  - aiemmat mielenterveysongelmat
  - aiemmat traumaattiset kokemukset
  - persoonallisuuden ominaisuudet, ikä, kehitystaso ja sukupuoli
  - sosiaalis-taloudellinen asema ja sosiaalisen verkoston laatu ja laajuus

Psyykkinen trauma määritellään psyykkiseksi tai fyysiseksi vaurioksi tai haavaksi. Sen aiheuttaa sellainen traumatisoiva tapahtuma, joka saa aikaan traumaattista stressiä. Traumatisoivissa tapahtumissa yksilö voi olla tai hän on voinut kokea olevansa kuolemanvaarassa tai hän on voinut joutua todistamaan läheisen ihmisen kuolemanvaaran. Jo yhden erittäin voimakkaan traumatisoivan tapahtuman seurauksena saattaa muuttua kuva maailmasta ja elämisen luonteesta. Traumaattiset kokemukset voivat synnyttää myös ehdollistuneita pelkoreaktioita, jolloin aiemmin neutraalit asiat ovat alkaneet aiheuttaa pelkoa. (Traumaterapiakeskus 2013)

Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihmiseen kohdistuu niin paljon haasteita ja vaatimuksia, että sopeutumiseen käytettävissä olevat voimavarat ovat tiukoilla tai voimavarat eivät riitä (Mattila 2010). Voimakas fyysinen ja psyykkinen rasitus aiheuttaa ihmisessä fyysisen ja psyykkisen sopeutumisreaktion. Stressi koetaan ahdistuksena, jonka aiheuttaa uhkan havaitseminen. Ahdistus voi ilmetä muuttuneena käyttäytymisenä, ruumiillisina oireina tai tunnereaktioina. (Traumaterapiakeskus 2013)

Elimistön stressinsäätely on osa evoluution aikana kehittynyttä yleistä sopeutumisjärjestelmää. Elämän monimuotoiset haasteet edellyttävät herkkyyttä aistia mahdollista uhkaa. Elimistö pyrkii fysiologisilla ja biokemiallisilla vasteilla säilyttämään sisäisen tilansa vakiona. Esimerkiksi sykkeen ja verenpaineen avulla elimistö pyrkii palauttamaan toiminnot tavanomaiselle tasolle. Lyhykestoinen stressi auttaa ihmistä sopeutumaan uusiin tilanteisiin. Stressiprosessin jälkeen riittävä palautumisaika on välttämätön, koska palautumisjärjestelmät toimivat selvästi stressivastetta eli »taistelujärjestelmää» hitaammin. Pitkittyneestä kuormituksesta voi olla vakavia terveydellisiä seurauksia. (Korkeila 2008. 683-688)

Stressi voidaan määritellä prosessiksi, jossa fyysisen vireyden voimistuminen koetaan epämiellyttäväksi ja hallitsemattomaksi. Aivot ovat psykososiaalisen stressin syntymisen kannalta keskeinen elin. Tulkinta siitä, mikä on stressaavaa, tapahtuu aivoissa. Stressivaste käynnistyy ärsykkeestä, johon yhdistyy turvattomuus. Stressiprosessissa aistit tehostuvat ja valppaus lisääntyy. Tällöin ympäristön olosuhteet vaikuttavat elimistön toimintaan. Jos yksilön kuormitus on jo äärimmillään, reaktiokynnys laskee entisestään ja tasapainon palautuminen vaikeutuu. (Korkeila 2008. 683- 684)



Psykologisen itsesäätelyn keinot kuormittavat tilanteissa, joissa on vastustettava houkuttuksia, lievennettävä ahdistuneisuutta tai tehtävä valintoja vähäisen tiedon varassa ja epävarmoissa tilanteissa. Näin stressi on kytkeytyneenä heikentyneisiin itsesäätelyn keinoihin. Emotionaaliset vaikeudet ovat yhteydessä epämiellyttäviin tunnekokemuksiin ja epäonnistuneista kokemuksista toipumisiin. Mahdollisten haitallisten seuraamusten kannalta on oleellista kuormituksen määrän ja keston suhde vallitsevassa olosuhteessa. (Korkeila 2008. 684)

Ihmisellä on kyky painaa muistiin erityisesti kielteisiä tunteita herättäneitä ja traumaattisia tilanteita. Tällaisten tapahtumien muistamisesta on yleensä vaikea päästä eroon. (Korkeila 2008. 689) Muisti on sekä implisiittistä, ainakin osittain tiedostamatonta, ja eksplisiittistä eli tietoisesta. Implisiittisen muistin sisältöjä ei ole aina mahdollista ajatella tietoisesti eikä niitä kyetä sanallistamaan. Eksplisiittisen muistin sisällöt ovat yleensä helposti kuvailtavissa ja sanallistettavissa. (Muistiliiton käsitteistö)

Vaaran aiheuttaneet asiat muistetaan, koska on hyödyllistä, että koetun vaaran muistaa tulevan varalta. Vaaralle ja stressille altistumista on vaikea oppia välttämään. Myös stressiprosessia on vaikea säädellä. Toisaalta aivoilla on myös kyky katkaista aivokuoren etuosan ja limbisen järjestelmän välinen yhteys, jolloin hyvin traumaattinen tapahtuma saattaa tietyissä tilanteissa aiheuttaa dissosiatiivista amnesiaa. (Korkeila 2008. 689) Dissosiatiiviselle muistinmenetykselle eli psykogeeniselle amnesialle on ominaista yksi tai useampi jakso, jonka aikana yksilö ei kykene palauttamaan mieleensä tärkeää, usein traumaattista, häpeän tai stressin sävyttämää tietoa. Tällainen muistamattomuus on luonteeltaan liian laaja-alaista ollakseen tavallista unohtelua ja tällainen muistihäiriö haittaa sosiaalisia tai muita toimintoja. (Huttunen 2014c.)

### **3.2 Dissosiaatio**

Dissosiaatio tarkoittaa erottumista tai hajoamista. Psykiatriassa tällä tarkoitetaan, että dissosiaation tilassa henkilö ei kykene tietoisuudessaan yhdistämään ajatuksiaan, tunteitaan, havaintojaan tai muistojaan mielekkääksi kokonaisuudeksi. Dissosiatiivisia oireita ovat muun muassa psykogeeninen muistinmenetys, oman itsen, tuttujen tai ympäristön kokeminen vieraana tai outona, ajan ja paikan tajun kadottaminen, havaintojen

vääristyminen ja vaikeus nähdä mielikuvien todellisuuden välinen ero, joskus myös näkö- ja kuuloharhoja. Dissosiaatio voi joskus oireilla myös ruumiillisesti kuten dissosiatiiivisina kouristuksina, lihasnykäyksinä, äänen katoamisena tai ääntämishäiriönä, tunnottomuutena, särkyinä ja kipuina, sokeutena tai muina aistihäiriöinä ja tajunnan menetyksenä. (Huttunen 2014 a)

Dissosiaatio voidaan selittää psyyken pyrkimyksenä hallita mielen tasapainoa. Uhkaavat voimakkaat tunnetilat kuten erilaiset äkilliset traumaattiset kokemukset ja niihin liittyvät pelko, kauhu tai häpeä voi aiheuttaa dissosiaation. Myöhemmin dissosiaation voi laukaista mikä tahansa alkuperäiseen traumaan liittyvä ärsyke tai pelkkä yritys keskustella traumaan liittyvistä tapahtumista. Dissosiaatio nähdään mielen suojakeinona traumaattiseen kokemukseen liittyvistä muistoilta ja ajatuksilta, mutta samalla se myös herättää ahdistusta ja voi monin tavoin vaikeuttaa vuorovaikutusta ihmisten kanssa.

Dissosiatiiiviset häiriöt ja oireet voivat siis olla myös reaktioita sellaisille tapahtumille tai ärsykeille, jotka muistuttavat alkuperäistä traumaattista kokemusta. Näistä seuraa samankaltainen tila, jossa ihminen oli alkuperäisessä traumatilanteessaan. Oireiden luonne riippuu tällöin siitä, mikä persoonan emotionaalinen osa kuten pelkäävä, puolustautuva, alistuva tai jähmettyvä, aktivoituu traumakokemusta muistuttavassa tilanteessa. Tällaiset dissosiaatiohäiriöt ilmenevät usein äkillisinä persoonan tilan muutoksina sellaisissa tilanteissa, jotka muistuttavat alkuperäistä ja tietoisuudesta torjuttua traumaattista tilannetta. Tällaiset tietoisuudesta torjuttujen traumatilanteiden aktivoimat ahdistus-, pelko-, kipu- ja väsymystilat voivat myös muodostua pitkäaikaisiksi persoonan tiloiksi. (Huttunen 2014 a)

Dissosiaatio nähdään myös persoonallisuuden tai mielen jakautumisena useampaan osaan. Traumatisoitumisesta seurannut kaksijakoisuus on usein seurausta pelkästään yksittäisestä traumasta. Kun trauma on pitkäjaksoista, mieli ja persoonallisuus muuttuu monimutkaisemmaksi. Yksi mielen osa jatkaa trauman jälkeen "entiseen tapaan" paneutumalla arkielämän toimiin ja välttelemällä traumamuistoja ja -ärsykeitä. Toinen osa, johon liittyy traumaa koskevat muistot, on herkistynyt traumaärsykeille, se elää trauman tapahtumia toistuvasti uudelleen ja kokee äärimmäisiä vireystiloja puolustautuakseen kokemaansa uhkaa vastaan. Osa mielestä on myös turtunut ja pyrkii elämään täysin erillään traumatapahtumasta. (Ogden ym. 38; Soukas-Cunliffe 2014. 140)

Vaikka traumasta kärsivät kykenevätkin pitämään normaalin vireystilansa välttämällä muistoja ja traumaärsykeitä, he ovat dissosioituneet minuutensa toisesta osasta, joka elää traumaa uudelleen. Silloin traumatisoitunut voi pelätä, että hänellä ei olisi riittävästi kykyä säädellä yli- ja alivireystilojen vaihtelua. Ne saattavat koska tahansa heikentää kyvyn selviytyä arkiaskareista. Traumatisoitunut saattaa yrittää tehdä parhaansa pitääkseen vireytensä sietoikkunan puitteissa välttelemällä traumaärsykeitä. (Ogden ym 2009. 38)

Dissosiativisten oireiden laukaisijana ja ylläpitäjänä ovat erilaiset traumaattiset, voimakasta ahdistusta, pelkoa tai häpeää tuottavat muistikuvat ja tilanteet. Tämän vuoksi sekä itsehoidon että ammatillisen psykoterapian päämäärä on pyrkimys asteittain kohdata nämä traumaattiset tunnemuistot tavalla, joka lopulta mahdollistaa niiden kohtaamisen ilman pakottavaa tarvetta dissosioida tunteet, muistot ja havainnot toisistaan erilleen. Itsehoidossa voidaan hyödyntää erilaisia rentoutusmenetelmiä ja traumaattisen tunnemuistojen kohtaamista rentoutuneessa mielentilassa. Toinen tapa on työstää kipeitä muistoja omassa tahdissa ja asteittain keskusteluissa siihen halukkaan myötäelävän läheisen tai ystävän kanssa. (Huttunen 2014) Tai kuten kappaleessa 5.2 kuvataan, traumatisoitunut ohjataan pysyttelemään normaalissa vireystilassa ja tarkkailemaan kehollisten tunnemuutoksia, jotka liittyvät traumakokemuksiin ja -muistoihin.

### **3.3 Masennus**

Masennustilaa laukaisevina tekijöinä ovat usein ajankohtaiset elämäntapahtumat, erilaiset pettymykset ja menetykset. Taustalla on usein läheisen kuolemaan tai menetykseen liittyvä käsittelemätön suru. Tällöin tuttavien pinnalliset lohdutuksen sanat usein vain syventävät pitkittyvää surua. Masennukseen voi myös liittyä itsetuntoa ja hyvinvointia uhkaava elämän muutos ja sosiaalista eristäytymistä ylläpitävä sosiaalinen arkuus. Taustalla voi olla traumaattinen kokemus, joka koskee tärkeää ammatillista asemaa, työkyvyn menetystä ja ihmissuhteita. Kokemuksiin liittyvät pitkään tukahdutetut tunteet kapeuttavat tunne-elämää. (Huttunen 2014 b)

Masennustilan syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät. Perinnöllisen alttiuden, synnyynnäisen temperamentin ja kehityksen aikaisten kokemusten muovaamien persoonallisuuden rakenteiden lisäksi masennuksen syntyyn voivat johtaa itsetunnon hauraus, kehityksen

aikana sisäistetyt negatiiviset ajatusmallit ja läheisyyden tarpeeseen perustuva taipumus alistua. Masennus voi myös olla luonteeltaan keino paeta pelottavia tunnetiloja, kuten omia tai toisen vihautunteita. (Huttunen 2014 b)

Masentuneella on alentunut mieliala, selvästi vähentynyt mielenkiinto tai heikentynyt kyky kokea mielihyvää. Masennustilalle ominaisia oireita ovat merkittävä painon lasku tai nousu, unettomuus tai lisääntynyt unen tarve, lähes päivittäinen väsymys tai voimattomuus, liikkeiden ja mielen hidastuminen tai kiihtyneisyys, arvottomuuden tai kohtuuttoman syyllisyyden tunteet, vaikeudet ajatella, keskittyä tai tehdä päätöksiä, kuolemaan liittyvät mielikuvat tai itsemurha-ajatukset. Masennusoireisiin liittyy usein eriasteista ahdistuneisuutta sekä erilaisten päihteiden lisääntynyttä käyttöä. (Huttunen 2014 b)

Masennustilalla on moniulotteinen luonne. Eteenkään vakavat ja toistuvat masennustilat eivät ole tahdonalaisia tiloja. Vaikka masennustiloihin ja masennusalttiuteen voikin pidemmällä aikavälillä vaikuttaa erilaisin psykologisin keinoin, vakavasti masentuneelle annetut kehotukset "ryhdistäytyä" monesti vain pahentavat masennustiloista kärsivien syyllisyyden ja huonommuuden tunteita. Masentuneen ihmisen eristäytyminen ja passiivitus ovat kuitenkin omiaan sekä ylläpitämään, että syventämään depressiota. Tämän vuoksi masennuksen itsehoidossa on tärkeää pyrkiä välttämään sosiaalinen eristäytyminen ja pitää kiinni erilaisista päivärutiineista, liikunnasta ja muista harrastuksista. Masennuksen luonnetta ymmärtävien läheisten ja ystävien tuki voi tällöin olla ensiarvoisen tärkeää. Säännöllisen liikunnan on osoitettu olevan lääkehoidon ja psykoterapioiden veroinen keino ainakin lievempien depressioiden hoidossa. (Huttunen 2014 b)

Säännöllisellä liikunnalla on todettu olevan masennukseen liittyviä vaikutuksia. Liikunta voi sekä ennaltaehkäistä että toimia masennuksen hoitokeinona. Erään amerikkalaisen tutkimuksen mukaan säännöllisesti liikkuvilla ihmisillä 30 % pienempi todennäköisyys sairastua masennukseen kuin niillä, joiden elämäntapaan liikunta ei kuulu juuri lainkaan. Pienillä tutkimusotoksilla on myös havaittu viitteitä siitä, että henkilökohtainen liikuntaohjelma lievittää masennuksen oireita. Aerobinen liikunta voi vaikuttaa masennusta lieventävänä yhtä hyvin kuin lääkehoito tai kirkasvalohoito. Liikunta vapauttaa nopeasti mielialaa kohottavia hormoneja, mitkä lievittävät stressiä ja saa olon tuntuun hyvältä. Joogan kaltaiset harjoitukset, jotka sisältävät lihasten supistumista ja rentoutumista lisäävät aivoissa serotoniinin tasoa, mikä vähentää negatiivista mielialaa. Myös kävelyllä ja uinnilla on todettu olevan sama vaikutus. (Elson & Stanten 2015. 6-7)

Masennusaltis henkilö ei usein osaa ilmaista toiveitaan ja tunteitaan. Tällöin hän ei myöskään voi odottaa toisten täyttävän hänen toiveitaan tai ymmärtävän hänen tunteitaan. Loputon uhrautuminen usein uuvuttaa, jolloin tuloksena voi olla katkeroituminen ja masennus. Masennusalttiille on myös ominaista tavallista voimakkaampi hylätyksi tai väheksytyksi tulemisen pelko. Tämän vuoksi heidän on vaikea pitää puoliaan ja he liian helposti alistuvat toisten tahtoon. Yksin jääminen on monelle pelottavampaa kuin toisen vuoksi alistetuksi tuleminen. Mutta terveen itsekkyyden ja omien oikeuksien puolustamisen oppiminen on vaikeaa ilman kanssaihminen ymmärrystä ja tukea. (Huttunen 2014 b)

## 4 KROONINEN KIPU

Useimmilla kidutuksen uhriksi joutuneilla on tuki- ja liikuntaelinten kipuja jokapäiväisten toimien yhteydessä. Niitä esiintyy sekä liikkuesssa, että eri lepoasentoissa kuten makuulla ja istuessa. Kipu on usein niin kovaa, että se häiritsee nukkumista, keskittymiskykyä ja muistia. Kidutuksen uhriksi joutunut usein kokeekin, että juuri fyysinen kipu ja vammat ovat hänen suurimmat ongelmansa, koska hänen liikuntakykynsä on merkittävästi heikentynyt siitä, mitä se oli ennen kidutusta. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 95) Fysioterapia on tärkeää kidutuksen uhriksi joutuneita ja vaikeasti traumatisoituneita asiakkaita kuntouttaessa. Fysioterapia tehostaa olennaisesti muuta hoitoa (Halla 473).

Kipu on epämiellyttävä subjektiivinen aistimus ja tunnekokemus, johon liittyy kudosa-vaurio tai jota kuvataan kudosa-vaurion käsitteillä. Kipu ilmenee käyttäytymisessä. (Herrala, Karhola, Sandström 2008. 162). Voimakas akuutti kipu nostaa verenpainetta ja sydämen sykettä. Voimakas kipu näkyy myös kasvojen ilmeessä. (Kalso 2015. 67) Akuutilla kivulla on tärkeä hälytystehtävä ja se yleensä ohittaa kaikki muut inhimilliset tarpeet (Orenius 2015). Kipu on usein varoitusmerkki vaarasta ja seurausta todellisesta vauriosta kuten haavasta, luunmurtumasta tai tulehduksesta. Kipu on mukana myös synnytyksessä ja leikkauksessa. Tavallisesti akuutti kipu lievenee sitä mukaa, kun kudosa-vaurio paranee. (Miranda. 2015; Vainio 2009a)

Ärsykevirtaa, joka liittyy kudosa- tai hermovaurioon, kutsutaan nosiseptioksi. Nosiseptio muuttu kivuksi vasta, kun vauriovirta on saavuttanut aivot. Aivoissa viesti tulkitaan suhteessa menneisiin kokemuksiin ja odotettuun uhkaan. (Kalso 2015, 67.) Kudosa-vaurion aiheuttaman ärsykkeen ja sen aiheuttaman kiputunteisuuden välillä viesti siirtyy hermostossa useiden monimutkaisten sähköisten ja kemiallisten tapahtumien välityksellä. Kipurata alkaa kudoksissa olevista pienistä hermopäätteistä, kulkee hermorunkoja pitkin kohti selkäydintä ja jatkuu selkäytimen kipuosteena kohti aivokeskuksia ja päättyy vihdoinkin aivokuorelle. (Vainio A. 2009b) Kivunsäätelyn tärkeää osaa edustavat ns. alenevat hermoradat, jotka muokkaavat kivun voimakkuutta ja vaikuttavat siten koko kipukokemukseen. Alenevat radat voivat lievittää tai pahentaa kipusignaalia. Ihmisen kokemukset ja olotilat vaikuttavat laskeviin hermoratoihin. (Orenius 2015)

Kipuaistimus syntyy laajan hermoverkoston tuottamana. Kivun käsittely tapahtuu aivoissa useilla eri alueilla. (Orenius 2015) Kipua aiheuttavat ärsykkeet aktivoivat aivoissa sekä sensorisia että emotionaalisia hermoverkkoja (Kalso 2015). Tuntoaivo-kuoret työstävät ja säätelevät kivun kehollista informaatiota eli tietoa kivun sijainnista, voimakkuudesta ja kestosta. Aivojen etummainen pihtipoimu työstää kipuun kuuluvaa epämiellyttävyyttä sekä huolehtii autonomisista reaktioista ja käyttäytymisreaktioista. (Orenius 2015)

Aivosarekkeen eli insulan tehtävänä on hienosäädellä aivokuorta. Fyysinen aistimus yhdistetään aikaisempaan tietoon, jotta kokemuksesta saadaan tarkoituksenmukainen. Erityisesti etuotsalohkossa tapahtuu kivun tiedostaminen ja tulkinnat. Myös huomion suuntaaminen kivusta poispäin tapahtuu etuotsalohkossa. Kun puhutaan kivunhallinnasta, viitataan usein sellaisiin toimintoihin, jotka liittyvät etuotsalohkoon. Kipuun liittyvää epämääräistä hälyttymistä, vireystason nousua ja kiihtymistä säädellään myös aivorungossa. (Orenius 2015)

Aikaisemmat kipukokemukset, huomion keskittyminen kipuun ja siihen liittyvät odotukset sekä mieliala vaikuttavat kipukokemusta voimistavaksi. Aivoissa tapahtuu hyvin lyhyessä ajassa neurokemiallisia ja rakenteellisia muutoksia, joiden seurauksena kivun säätely on heikentynyt. (Miranda 2015) Akuutti kipu rajautuu alle 6 viikkoon. Yli 6 viikkoa jatkunut kipu on pitkittynyttä kipua ja yli kolme kuukautta kestänyt kipu on kroonistunutta (Alaselkäkipu 2014). Kipua pidetään kroonisena, kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen tai kun se jatkuu vaikka kudos on jo parantunut. (Vainio 2009a; Orenius 2015). Kroonistuneena kipu on hermoston toimintahäiriöstä johtuva monimutkainen oireisto eikä sillä ole selviytymistä palvelevaa biologista arvoa (Orenius 2015).

Kipu ei ole seurausta pelkästään kudosvauriosta, tulehduksesta tai muusta, esimerkiksi mekaanisen häiriön aiheuttamasta tilasta (Orenius 2015). Kipu voi olla myös keskushermoston häiriötilasta johtuva. Tällöin kipuhermoverkko on ”yliärtynyt”. Sekä hermoston perifeeriset että sentraaliset osat ovat herkistyneet. (Miranda 2015) Pitkäaikaisen kiputilan pääasiallisena ylläpitäjänä voivat toimia ärtyneet kipureseptorit esimerkiksi vaurioitunut hermo tai nivelrikkoinen lonkka. Jos vaurioitunut hermo voidaan puuduttamalla hiljentää, laantuu kipukin. Kun vaurioituneen lonkkanivelen korvaa tekonivelellä, yleensä myös kipu loppuu. (Kalso 2015)

Kivuliaan tapahtuman muistijäljet kipujärjestelmässä saattavat vaikuttaa kivun muuttumiseen krooniseksi. Krooninen kipu ei ole vain ohimenevän kivun ajallinen jatke. Jatkuva kipuärsytys aiheuttaa hermojärjestelmässä muutoksia, jotka saattavat voimistaa ja jatkaa kipua silloinkin, kun alkuperäinen, kudოსvauriota aiheuttava ärsytys on jo lakannut. (Vainio A. 2009b)

Luultavasti sensomotorisen kuorikerroksen toiminnalliset muutokset aiheuttavat kivun kroonistumisen. Nämä muutokset esiintyvät erityisesti kehonhahmottamishäiriönä, liikekontrollin häiriönä, propriaseptiikan ja koordinaation heikentymänä. (Luomajoki 2015, 53) Pitkittyneessä kivussa kipuaistimus on epämääräisempi verrattuna akuuttiin kipuun. Epämääräisesti oireilevaa kroonista kipua on vaikea hoitaa. (Orenius 2015) "Väärää hälytystä" tai viestityshäiriötä voi ylläpitää erilaiset biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. (Vainio 2009a)

Lääketieteellinen diagnoosi ja kudოსperäinen löydös eivät aina korreloi vaivojen kanssa. Esimerkiksi kuvantamismenetelmien avulla on vaikea erotella terveitä ja kivuista kärsiviä potilaita. Selkärangassa voi olla sellaisia kudოსperäisiä ja degeneratiivisia muutoksia, jotka eivät aiheuta kipuja. (Luomajoki 2015, 53) Pitkäaikaisen selkäkipun syy jää useimmiten epäselväksi. Chicagolainen tutkimusryhmä on selvittänyt, mitä selkäkipupotilaiden aivojen lepotilan hermoverkoissa tapahtuu kivun muuttuessa akuutista krooniseksi. He osoittivat, että akuutissa vaiheessa aivojen sensoriset hermoverkot ovat aktiivisia. Kivun pitkittyessä kipukokemus siirtyy ensisijaisesti emotionaalisiin hermoverkkoihin. Sama tutkimusryhmä on myös osoittanut, että aivojen lepotilan hermoverkkoja tutkimalla voidaan 90 %:n tarkkuudella ennustaa jo subakuutissa vaiheessa, kenen selkäkipu tulee pitkittymään. (Kalso 2015)

Ahdistus, masennus ja pitkittynyt kiputila muuttavat aivojen kivunsäätelyä. Kroonistunut kipu myös muuttaa jonkin verran aivojen toimintaa. Virheellinen tieto kivusta, katastrofitulkinnat ja masennus voivat aiheuttaa herkistymistilan, joka voi haitata kivunsäätelyä. Tällöin kipu saa keskushermostossa liian ison roolin. (Orenius 2015) Katastrofiajattelua ovat äärimmäisen negatiiviset ajatukset ja uskomukset kuten esimerkiksi ”se on aivan kauheaa”, ”tämä ei tule koskaan loppumaan” ja ”en jaksa tätä kipua enää”. Tällaisista ajatuksista todennäköisesti seuraa kivun ja kärsimyksen lisääntyminen. Erityisesti kahdella aivojen alueella on merkittävä rooli katastrofiajattelun kehittämisessä ja aktivoitumisessa. Negatiiviset tuntemukset kuten suru ja ahdistus sekä fyysisen aktiivisuuden hidastuminen ja vetäytyminen liittyvät oikeaan



etuaivolohkoon. Positiiviset ajatukset kuten optimismi, ilo, toivo sekä tavoitteelliseen toimintaan sitoutuminen sijoittuvat vasempaan etuaivolohkon alueelle. Etuotsalohkojen aktiivisuus saattaa kroonisesta kivusta kärsivälle aiheuttaa katastrofisia ajatuksia, mistä syystä he myös kärsivät kivusta paljon. (Jensen M. 2015)

Minäkuvaan ja henkilökohtaisiin kokemuksiin liittyvällä aivotoiminnalla on merkittävä rooli pitkittyneen kivun ongelmassa. Masentuneilla henkilöillä on heikentynyt kyky säädellä kipua ja kipukokemusta. Kokeellisissa selkäkipukohtauksissa on havaittu, että tunteita säätelevät aivojen alueet, erityisesti keskimäinen etuotsalohko ja pihtipoimu, aktivoituvat kroonistunutta alaselkäkipua potevilla enemmän kuin kivuttomilla. Rakenteellisia aivomuutoksia ilmenee aivojen kipuprosessoinnin alueilla aaveraajasäryssä, alaselkäkivussa, ärtyvän suolen oireyhtymässä, fibromyalgiassa ja joissakin päänsärkytyypeissä. Muutokset ovat oireistokohtaisia, mutta aivojen harmaan aineen eli hermokudoksen vähenemistä on nähtävissä pihtipoimussa, oikeassa aivosarekkeessa, yläotsalohkossa, mantelitumakkeessa ja aivorungossa. Harmaan aineen väheneminen on seurausta pitkäaikaisesta kipualtistuksesta. (Orenius 2015)

#### **4.1 Kivun vaikutukset**

Kipukokemus herättää ihmisessä fysiologisen stressireaktion. Kivun vaikutuksesta aivot valpastuvat, sympaattinen hermosto aktivoituu ja synnyttää hälytystilan. Refleksit pyrkivät estämään uusien kipujen synnyn. Samalla aivoissa syntyy voimakas epämiellyttävyyden ja uhan tunne. Hetken kuluttua kognitiivinen kivun käsittely palauttaa mieleen myös muistot aikaisimmista kipukokemuksista, niiden kestoista ja niiden tuottamista haitoista. Tällöin ihminen tietoisesti tai tiedostamatta saattaa miettiä miten kipu vaikuttaa hänen toimintakykyynsä ja hyvinvointiinsa. Tässä vaiheessa mielen valtaa pelko ja ahdistus. (Herrala ym 2008. 161-162)

Krooninen kipu vaikuttaa koko ihmiseen. Kipu hallitsee, vaikka se on näkymätöntä. Akuutti kipu on yleensä paikallinen, mutta kroonistuessa raja kivuliaan ja kivuttoman kehon osan välillä hämärtyy. Kipu laajenee vähitellen ja voi täyttää koko kehon ja mielen halliten ihmistä ja hänen elämää. Fyysinen ja psyykkinen kipu sulautuvat yhdeksi ja samaksi kipukokemukseksi. (Ojala 2015. 83)

Kipua voidaan lähestyä sekä elämys- että kudosvaurioperspektiivistä. Vaikka kipua voidaan kuvata aistihavaintona, se on ennen kaikkea voimakas negatiivinen tunnetila, joka hallitsee tietoisuutta. (Vainio 2009a) Krooninen kipu on jatkuvasti läsnä ja heikentää elämänlaatua. Kipuun liittyy hätä, kärsimys, suru ja yksinäisyys. Elämästä ei voi enää nauttia. Tunteet vaikuttavat kivun voimakkuuteen. Kielteiset tunteet lisäävät kiputuntemusta ja myönteiset tunteet vähentävät kiputuntemusta. (Ojala 2015. 82 - 83)

Krooninen kipu rajoittaa ensisijaisesti liikkumista. Liikkumisesta tulee vaikeampaa ja se vaatii enemmän aikaa. Unen laatu on heikko, mistä seuraa väsymystä, keskittymisvaikeuksia ja ärtymystä. Krooninen kipu vaikuttaa myös ihmissuhteisiin. Kroonisesta kivusta kärsivä riitelee lähimmäisten kanssa, tulee alistetuksi ja häntä vähätellään. Kodista voi myös tulla paikka, jossa henkinen pahoinvointi ja kipu koetaan voimakkaimmin. (Ojala 2015. 82)

Sosiologi Ernest Goffman jakaa ihmisen minuuden kahteen osaan: esittävän osan eli "rooliminnan" ihminen sijoittaa näyttämölle seurustellessaan muiden ihmisten kanssa. Taustalla toimii minuuden toinen osa, sisäinen minä, joka valmistelee roolit. Sisäisellä minuudella täytyy olla riittävästi voimavaroja ja energiaa, jotta roolimina pystyy kohtaamaan ulkomaailman vaatimukset. Jos näin ei ole, seurauksena on roolin ja voimavarojen ristiriita. Kipututkija Richard Chapmanin mukaan kroonisen kipupotilaan kärsimys johtuu juuri tästä syvästä riittämättömyyden tunteesta. (Vainio 2009b)

Kipua selittävän fyysisen poikkeavuuden löytyminen jollakin menetelmällä tai teknisellä apuvälineellä helpottaisi ymmärtämään kroonista kipua. Tähän ajatukseen liittyy uskomus, että poikkeavuuden tai fyysisen vamman hoitaminen johtaa automaattisesti myös kroonisen kivun häviämiseen. Perinteisesti kipu onkin ymmärretty oireena jostakin sellaisesta vammasta tai poikkeavuudesta, jolle on olemassa diagnoosi, jonka mukaan ongelmaa hoidetaan. Mutta kivulle ei ole olemassa omaa diagnoosia, eikä poikkeavuus ja kipu ole sama asia. Niiden välille ei edes voi rakentaa suoraa yhteyttä. (Ojala 2015. 83) Jos ruumiillista syytä kivulle ei löydy, tilanne tulkitaan usein niin, että ihminen on tavalla tai toisella satuillut oireistaan ja hän on siksi yksinkertaisesti hullu, joka ei erota todellista epätodellisesta. Ympäristö myös kokee kivun valittamisen, ontumisen, voihkimisen ja huokailemisen kiusallisena etenkin, jos se on pitkään jatkuvaa. Toisaalta, jos kroonistuneen kivun salaa, läheiset eivät tiedä kipua olevan ollenkaan. Useimmat kärsijät eivät keskustele kivuistaan muiden kanssa, koska muut

pitävät aiheita kiusallisena ja ikävystyttävänä. Ympäristön ihmiset voivat myös ajatella, että kipeä ihminen on vain keksinyt keinon saada korvauksia ja sairauseläkkeen. Tästäkin syystä sosiaaliset suhteet vähenevät. (Vainio 2009b)

Kipu tuntuu aina epämiellyttävältä. Kroonistuneeseen kipuun liittyy kiputuntemuksen lisäksi erilaisia tunteita, uskomuksia ja asenteita. (Ojala 2015. 84) Pitkään jatkuva kipu lisää yleistä turhautuneisuutta, vihantunteita ja ärtyneisyyttä. Nämä vaikuttavat ajatusmaailmaan. Usein viha kohdistuu itseensä ja liittyy kelpaamattomuuden tunteeseen. Ihminen soimaa itseään siitä, ettei pysty tekemään tavallisia arkisia asioita. Tilanne tuntuu toivottomalta ja epäoikeudenmukaiselta. Kivun jatkuessa pitkään ihmiselle tulee tunne, ettei kestä kipua enää hetkeäkään. Kipuongelma koskee koko ihmistä, ei vain kipeää jäsentä. (Vainio 2009b)

Kipukokemuksen merkitys on eri asia kuin kiputuntemuksen merkitys. Kokemukseen kuuluu se mitä henkilö ajattelee kivusta ja minkä arvo kroonisella kivulla on henkilön elämässä. Koska kipu on aina negatiivista, merkityskin voi olla joko pelkästään kielteinen tai kielteinen ja myönteinen yhtä aikaa. Kroonisessa kivussa myönteinen merkitys tarkoittaa, että kipu ymmärretään elämään kuuluvaksi samanlaiseksi sairaudeksi kuin muutkin krooniset sairaudet. Vakava kielteinen merkitys näkyy tyypillisesti lisääntyneenä itsetarkkailuna, ahdistuksena, pelkona kipua kohtaan, passiivisena elämäntapana ja välttämiskäyttäytymisenä. Kielteinen merkitys on yhteydessä kielteisiin uskomuksiin kivusta: kipu on tuskaa ja kärsimystä, kipu on rangaistus jostakin, kipu on epätoivoa ja kipu johtaa toimintakyvyttömyyteen. (Ojala 2015. 84)

## **4.2 Kroonisen kivun hoito**

Pitkittyneeseen selkäkipuoireistoon voi liittyä aivojen sekä toiminnallisia, että rakenteellisia muutoksia. On tärkeää ennalta ehkäistä muutoksia hyvällä hoidolla ja kivunhallinnalla. Kivun ymmärtäminen, vireystilan madaltaminen ja mielihyvän kokeminen kivusta huolimatta helpottaa kroonisen kipuasiakkaan tilannetta. Hoitoon on hyvä kuulua menetelmiä, jotka vaikuttavat toiminnan, ajattelun ja tuntemisen tasoilla. Vaikka tutkimustietoa onkin vähän, voidaan uskoa, että tällaiset menetelmät palauttavat ja ennaltaehkäisevät aivossa tapahtuneita muutoksia, jotka johtuvat kivusta. Tehokkaalla kivunhallinnalla voi muutokset olla palautettavissa pitkänkin kiputilan jälkeen. (Orenius

2015) Krooninen kipu näyttäytyy eri tavalla sen mukaan tarkastellaanko sitä kokonaisvaltaisuuden, hallitsevuuden, näkymättömyyden vai negatiivisuuden näkökulmasta. Kroonista kipua ei siis voi yleistää. On hyvä tiedostaa, että hoitosuositukset kertovat vain oireista, eikä siitä miten yksilö kokee kroonisen kivun. (Ojala 2015. 83)

Kroonisen kipukokemuksen puutteellinen ymmärtäminen tarkoittaa myös puutteellista hoitoa. Krooninen kipu tulee ymmärtää laajemmassa perspektiivissä kuin pelkkänä patofysiologiana. Ihminen on kokonaisuus, jossa keho, mieli ja ympäristö kuuluvat erottamattomasti yhteen. Kivunhoidon pääasiallisena tavoitteena on yleensä edelleenkin kiputunteituksen vähentäminen, mutta se on riittämätön tapa hoitaa kroonista kipua. Perinteinen ”parantaja, parannettava” roolijako ei toimi kroonisen kivun hoidossa. Tällainen malli ei huomioi ihmistä kokonaisuutena. Krooninen kipu on yksilöllinen kokemus ja kokija itse on oman kipunsa paras asiantuntija. Toinen henkilö ei voi tietää, miltä kokijan kipu tuntuu. Ammattihenkilö voi vain yrittää ymmärtää kipukokemusta asettumalla kokijan asemaan. Hoidon tulisi olla aidosti moniammatillista yhteistyötä, jossa kroonista kipua potevalla ja hänen läheisillään on aktiivinen osallistujan rooli olemalla mukana suunnittelemassa ja toteuttamassa yksilöllistä kuntoutusohjelmaa. (Ojala 2015. 85 - 86)

Kroonisen kivun kanssa selviäminen sisältää tavoitteita ja haaveita, joita kohti edetä. Elämästä tulee tehdä oman näköinen ja tehdä niitä asioita, mistä nauttii. Ilman haaveita elämä on köyhää. Tavoitteiden asettaminen selkeyttää jokapäiväistä toimintaa ja elämä sisältää toivoa paremmasta tulevaisuudesta kroonisen kivun kanssa. Elämästä voi myös nauttia kroonisesta kivusta huolimatta. Krooninen kipu ei yksin tee elämästä sietämätöntä, eikä kivuttomuus takaa onnellista elämää. (Ojala 2015. 85)

Luomajoen (2015. 55) mukaan psykososiaaliset ongelmatekijät kuten kognitiiviset, emotionaaliset ja kipukäyttäytymismalleihin liittyvät haitat ovat erittäin yleisiä, lähes kaikilla kipupotilailla niitä on jossain määrin. Tarkkaavainen fysioterapeutti huomaa ne jo kuntoutusjakson alkuvaiheessa ja voi omalla käytöksellään vaikuttaa positiivisesti. Esimerkiksi pelon, kinesiofobian tai vaikka työhön liittyvien käsitysten pohdiskelu ja kyseenalaistaminen aktivoi asiakkaassa hyödyllisiä ajatusprosesseja. Tätä ei tapahdu jos asioita ei ota puheeksi. Aktiivinen kuuntelu on tärkeää. Hyvin usein asiakkailla on kuva, ettei heitä ole otettu vakavasti tai heitä ei ole uskottu.

Luomajoki (2015. 55) toteaa, että on tärkeää välttää virheitä. Asiakkaalle voi todeta, että hänelle tehty tutkimukset ja kuvantamismenetelmässä esille tulleet löydökset ovat hyvin yleisiä eivätkä ne rajoita liikkumista. Ja vaikka kuinka hullunkurisilta asiakkaan mielessä olevat ajatukset kuulostavat, kyseiselle henkilölle ne aiheuttavat suurta ahdistusta, koska he pitävät ajatuksiaan tosina. Vanha kudosperäinen malli on vielä fysioterapeuteilla yleisessä vallalla ja potilaalle selitetään usein kudosperäisiä asioita. Tämä saattaa katastrofisoivalla ja pelkäävällä asiakkaalla pahentaa vaivoja vaikka vielä ei ole tehty mitään. Sen sijaan Butlerin ja Moseleyn kehittämä metodi “Explain pain” on todettu useissa tutkimuksissa tehokkaaksi keinoksi. Potilaalle selitetään neurofysiologiaa eli “biologisoidaan” kipu. Kun asiakas ymmärtää, että kipua ylläpitävät psykososiaaliset syyt on selitettävissä neurofysiologialla, häneltä otetaan kivusta katastrofisoinnin ja mystifikaation leima pois.

Psykososiaaliset tekijät ovat tärkein syy tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien kroonistumisen aiheuttajana. Karkeasti tekijät voidaan jakaa kognitiivisiin, emotionaalisiin, kipukäyttäytymismalleihin ja niin kutsuttuihin keltaisiin lippuihin, joilla tarkoitetaan psykososiaalisia kroonistumisen riskitekijöitä. Näitä riskitekijöitä ovat uskomukset ja asennoituminen kipuun, kipukäyttäytyminen, taloudelliset tekijät, diagnostiset ja tunneperäiset tekijät, myös perheeseen ja työhön liittyvät tekijät. Validoituja kyselykaavakkeita on ainakin englanninkielisinä useita. (Luomajoki 2015. 54) Kysymyksiä, joilla kroonistumisen riskitekijät voivat nousta esille voi esittää myös ilman kaavakkeita (taulukko 3).

Kognitiivisista ja kipukäyttäytymiseen liittyvistä riskitekijöistä tyypillisiä esimerkkejä ovat pelkovälttämiskäyttäytyminen, katastrofisaatio ja hypervigilanssi eli vaikeuksien liiallinen huomiointi. Lisäksi voi olla heikentynyt pystyvyys ja omat mystifioidut ajatukset vaikeuksien syistä. Ehdollistuminen ja terapiaan liittyvät odotukset voivat vaikuttaa hoitotuloksiin enemmän kuin se mitä terapiassa tehdään. Terapeutin informaatio tai lääkärin antama diagnoosi voi myös olla liioiteltu, mikä johtaa hypervigilanssiin, pelkoon ja katastrofisaatioon. Hypervigilanssia aiheuttava tyypillinen ajatus on: “koska minulla on kipuja, ongelman täytyy olla vakava”. Tällöin kivusta tulee asiakkaalle suuri uhka. (Luomajoki 2015. 53-54)

TAULUKKO 3. Käyttökelpoisia kysymyksiä riskitekijöiden selvittämiseen (Luomajoki 2015. 54)

- Missä olet töissä tai opiskelemassa?
- Oletko juuri nyt töissä tai opiskelemassa?
- Milloin aiot palata töihin tai opiskeluun?
- Miten töissä tai opiskeluissa menee?
- Oletko tyytyväinen työpaikkaasi tai opiskelupaikkaasi?
- Mitä ajattelet itse vaivojesi syistä?
- Pelkäätkö, että jotain on pahasti pielessä?
- Mitä asioita vältät tai et tee enää näiden vaivojesi takia?
- Onko mielestäsi sinulle selitetty mistä nämä vaivat johtuva?
- Oletko ymmärtänyt mitä tutkimuksissa (röntgenkuvissa, laboratoriotesteissä) saatiin selville?
- Korvaako vakuutus nämä hoidot?
- Onko sinulla sairaseläkettä?
- Onko sinulla riitaa työnantajan tai lääkärin kanssa tämän asian takia?

Fysioterapeutin olisi tärkeää luoda myös psykososiaalinen profiili haastatteleamalla asiakasta. Validoidut kyselykaavakkeet ja voiman mittaaminen laitteella antavat selkeän alkutilanteen, jota voi verrata kuntoutusjakson lopussa. (Luomajoki 2015. 55)

Pelkovälttämiskäyttäytymistä, katastrofisaatiota ja kuntoutujan odotuksia voi tiedustella kysymyksien avulla (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Kysymyksiä, joilla voi tiedustella pelkovälttämiskäyttäytymistä, katastrofisaatiota ja odotuksia. (Luomajoki 2015. 55)

- Pelottaako sinua, että jokin asia on pahasti pielessä?
- Onko sinulla tunne että tutkimuksissa ei ole havaittu jotain tärkeää?
- Mitä itse arvelet olevan vaivojen taustalla?
- Uskotko vaivojen vielä paranevan?
- Mitä odotat tältä terapialta?
- Millaisia kokemuksia sinulla on terapioista ja toimenpiteistä?
- Kuinka paljon tämä vaiva antaa sinulle ajattelun aihetta?
- Kuinka useasti tämä häiritsevä asia tulee mieleesi?

Heikosta pystyvyydestä voi kertoa asiakkaan antaman vastaus “ei minulla ole mitään käsitystä asiasta, enhän minä ole lääkäri”. Myös mystifikaatio voi tulla esille kysymysten avulla. Asiakas voi kertoa hyvinkin erikoisista ajatuksista, joiden ajattelee aiheuttavan kipua. Toivottomuuteen taipuva asiakas saattaa vastata, ettei usko enää koskaan selviävän tilanteesta. Hypervigilantti asiakas saattaa vastata ajattelevansa huoliajatuksia koko ajan. (Luomajoki 2015. 54)

Kroonista kipua poteva tarvitsee eniten aitoa läsnäoloa, kuuntelemista, myötäelämistä ja lohdutusta. Tilanteen hyväksyntä tulee lähteä henkilöstä itsestään. Keinona on pohtia mikä elämässä on tärkeää, minkä vuoksi kannattaa elää ja mitä elämässä arvostaa. Myös fysioterapiassa tavoitteisiin tulee kuulua tekijöitä, jotka auttavat löytämään ja lisäämään myönteisiä tunteita, hyvää oloa, onnistumista ja siten mahdollisuuden nauttia elämästä. (Ojala 2015. 84) Voi olla mahdollista, että vasemman puoleisen etuotsalohkon aktivointi vähentää kroonistuneeseen kipuun liittyviä katastrofiajatuksia tai helpottaa kipuun liittyvien negatiivisia ajatuksia. Tämä saattaa tapahtua muutoksilla toimintatavoissa, ajattelun tasolla ja jopa tunteissa. Sellaiset aktiiviset toiminnot kuten ihmisten välistä lähestymistä lisäävät toiminnot, tulevaisuuden näkeminen positiivisena ja toiminnot, jotka antavat mielihyvää tai joilla on jokin henkilökohtainen merkitys liittyvät vasemman aivolohkon toimintaan. (Jensen M. 2015) Kipupotilaan kuntoutuksen sisältönä tulisi olla kipuun liittyvien pelkojen hälventäminen, toimintakyvyn ja pystyvyyden tukeminen sekä stressinhallinnan parantaminen (Miranda 2015).

KELA suosii GAS-menetelmää, jossa tavoitteen tunnistaminen perustuu haastatteluun ja kuntoutujan tilanteen selvittämiseen. Menetelmässä tavoitteen nimeäminen alkaa keskustelulla kuntoutujan kanssa. Keskustelun tavoitteena on tunnistaa sellaiset kuntoutujan elämän ja terveyden kannalta tärkeät asiat, joihin hän toivoisi muutosta. Kuntoutujan kannalta on parempi puhua positiivisesta muutoksesta kuin keskittyä ongelmaan ja sen syihin. (Autti-Rämö, Vainiemi & Sukula. 2012. 7-8) GAS-koulutus sisältää motivoivan haastattelun menetelmiin ja periaatteisiin perehtymisen (Veijola. 2012).

## 5 PSYKKINEN TRAUMA JA VIREYSTILOJEN VAIHTELU

Traumatisoituneella ihmisellä on voimakkaita vireystilan vaihteluita. Ylivireänä tapahtuu liiallista aktivoitumista ja hätätilareaktioita. Alivireänä toiminnalle aktivoitumista ei ole riittävästi ja ihminen saattaa kokea turtuneisuutta. Usein traumatisoituneilla vireystilat heilahtavat ääripäästä toiseen. Tällainen hallitsematon vaihtelu johtuu traumaärsykkeiden aiheuttamista hermoston reaktioista. Uhkaavissa tilanteissa vireystilan äärimuodot ovat tarkoituksenmukaisia, mutta kun vireystilan voimakkaat vaihtelut jatkuvat trauma aiheuttaneiden tapahtumien jälkeenkin, voimakkaista vaihteluista tulee toimintakykyä haittaavia tekijöitä. (Ogden ym. 2009. 27)

Sopivalla vireysvyöhykkeellä tarkoitetaan tilaa, joka on yli- ja alivireystilojen välissä. Sitä kutsutaan ”sietoikkunaksi”, jonka sisällä ihminen voi työstää voimakkuudeltaan monentasoisia tunteita ja fyysisiä vireystiloja ilman, että fysiologisessa järjestelmässä on toimintahäiriötä. ”Sietoikkunassa” ollessaan ihminen voi yhdistää sekä ulkoisesta että sisäisestä ympäristöstä tulevaa tietoa. Sopivalla vireysvyöhykkeellä aivokuoren toiminnot säilyvät ja ihminen voi käsitellä tietoa yhtä aikaa kognitiivisella, emotionaalisella ja sensomotorisella tasolla. Tällöin ihminen sietää jatkuvaa aistinvaraisen tiedon tulvaa ja kykenee vastaanottamaan uusiakin ärsykeitä vaikka aikaisemman aistiärsyksen käsittely on vielä kesken. Samalla kun ihminen kykenee ajattelemaan kokemuksiaan ja puhumaan niistä, hän kykenee myös tuntemaan niihin liittyviä tunteita ja minuuden kokemusta. (Ogden ym 2009. 27-28)

Porgesin polyvagaaliteoria selittää autonomisen hermoston hierarkista toimintaa, kiertäjähermon kahden haaran neurofysiologisia ja neuroanatomisia eroja sekä parasympaattisen ja sympaattisen hermoston vuorovaikutusta. Autonomisen hermoston alajärjestelmät säätelevät neurobiologisia reaktioita, joita syntyy ympäristön ärsykeistä. Teoria kuvaa myös sitä miten stressaavassa tilanteessa kiertäjähermon haaroilla on yhteys käyttäytymiseen ja fyysiseen toimintaan. Tämä teoria avaa sisäelinten neurologisen säätelyn ja tietoisien aivotuiminnan yhteyden. (Ogden ym 2009. 27; Porges 2013)



Autonomisen hermoston tahdosta riippumattomia elintoimintoja ovat esimerkiksi ruoansulatuskanavan toiminnat, sydän- ja verenkiertoelimistön sekä rauhasen toiminta. Autonominen hermosto muodostuu perifeerisistä hermoista ja keskushermostossa sijaitsevista säätelykeskuksista. Autonomisen hermoston toimintaa sääteleviä keskushermoston osia ovat muun muassa hypothalamus ja limbinen järjestelmä sekä aivorungossa ja selkäytimessä olevat tumakkeet. Ydinjatkeessa on autonomisia toimintoja sääteleviä keskuksia kuten hengityskeskus. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lähti 2007. 409) Autonomisen hermoston sympaattisen osan vaikutuksesta esimerkiksi verenkierron toiminta kiihtyy ja ruuansulatuselinten toiminta rauhoittuu. Parasympaattinen ja sympaattinen hermosto hermottaa samoja elimiä. Kuitenkin esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistössä vallitsevat sympaattiset hermosyyt, ja ruuansulatuskanavassa puolestaan parasympaattiset hermosyyt. Parasympaattinen osa jakaantuu kraniaaliseen ja kaudaaliseen alueeseen. Kraniaalisen osan hermosyitä kulkee aivo-hermojen III, VII, IX ja X mukana. Kaudaalisen osan syyt kulkevat selkäydinhermoihin kuuluvien ristihermojen mukana. Aivohermoja on 12 paria ja ne lähtevät aivojen ja aivorungon alaosista. (Leppäluoto ym. 2007. 407-410)

Parasympaattinen hermoston vaikutus vallitsee lepotilanteessa. Se hidastaa sydämen toimintaa ja kiihdyttää suoliston toimintaa. Kymmenes aivohermo eli kiertäjähermo on tärkein parasympaattinen hermo. Aivorungossa sijaitsevista kiertäjähermon tumakkeista lähtee hermoratoja, jotka hermottavat sydäntä, keuhkoja, mahalaukkuja ja suoliston alkuosaa. Kiertäjähermon ärsyttäminen aiheuttaa tyypillisiä parasympaattisia reaktioita kuten sydämen lyöntitiheyden harventumista. Kiertäjähermossa on myös sisäelimistä aivorunkoon saapuvia sensorisia hermosäikeitä, jotka välittävät sisäelimiin liittyviä tuntoaistimuksia ja kipua. Kiertäjähermon motoriset osat hermottavat nielua ja kurkunpään lihaksia. (Leppäluoto ym. 2007. 408 - 411)

Porgesin mukaan vireystilan säätely on jakaantunut kolmeen osaan (taulukko 5). Jokainen osa vastaa vireyden yhdestä vyöhykkeestä. Normaali vireystilan eli "sietoikkunan" säätely tapahtuu kiertäjähermon vatsanpuoleisella haaralla. Tämä muodostaa sosiaaliseen sitoutumiseen vaikuttavan järjestelmän, joka on kehitysopillisesti viimeiseksi kehittynyt ja hienostunein. Tämä järjestelmä vastaa tietoisuuden ja hereillä olon asteesta. Autonomisen hermostojärjestelmän vanhempi osa, sympaattinen hermosto aktivoituu, kun ihminen stressaantuu tai joutuu uhkaavaan tilanteeseen. Tällöin ihminen ajautuu ylivireyden tilaan. Äärimmäisessä hengenvaarassa

aktivoituu kolmas järjestelmä, joka on parasympaattisen hermoston kiertäjähermon selänpuoleisen haaran säätelemää. Tämä aiheuttaa alivireyden ja äärimmillään lamaantumisen. (Ogden ym 2009. 30)

TAULUKKO 5. Autonominen hermosto ja vireys eri tilanteissa.

TURVA	Sosiaalisen sitoutumisen järjestelmä PARASYMPAATTINEN HERMOSTO Kiertäjähermon vatsanpuoleinen haara, myelinisoitunut	NORMAALIVIREYS ”SIETOIKKUNA” Vuorovaikutus Normaali kognitio, tunteiden ja tuntemusten tiedostaminen
UHKA	SYMPAATTINEN HERMOSTO	YLIVIREYS Liikkeelle lähteminen, Taistelu tai pako reaktiot
HENGENVAARA	PARASYMPAATTINEN HERMOSTO Kiertäjähermon selänpuoleinen haara, myelinisoimaton	ALIVIREYS Liikkumattomuus, jähmettyminen, lamaantuminen, alistuminen

Sopivan vireyden ansiosta on mahdollista säädellä niitä kehonosia, joita käytetään sosiaalisessa ja ympäristön kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Järjestelmään kuuluvat liikeneuronit säätelevät silmäluomen avautumista eli katsomista, kasvojen lihaksia eli tunneilmaisua, keskikorvan lihaksia kuten ihmisäänen erottaminen taustamelusta, puremalihaksia eli syömistä, kurkunpään ja nielun lihaksia eli puheen rytmiä ja painotuksia sekä pään kallistamista ja kääntämistä sääteleviä lihaksia eli sosiaalisia eleistä ja orientoitumista. (Ogden ym 2009. 30) Kun ihminen kokee olevansa turvassa, sosiaalisia taitoja tukevat toiminnat ovat aktiivisia. Mukavassa, turvallisessa vuorovaikutustilanteessa ihmisellä on keskusteluun sopiva äänensävy, hänen ilmeensä ilmaisevat vuorovaikutukseen osallistumista ja hän on keskittynyt kuuntelemaan puhetta. (Porges 2013)

Sopivan vireysvyöhykkeen puitteissa vireys vaihtelee ympäristön ärsykkeiden ja sisäisen tilan kuten energiatason, väsymysasteen tai nälän mukaisesti. Sympaattiset ja parasympaattiset toiminnot pysyvät tasapainossa ja niiden keskinäinen hallitsevuus vaihtelee vain vähän. Nämä vähäiset muutokset auttavat ihmistä säätämään vireystilaa niin, että käsillä olevasta tehtävästä suoriutuu parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi nukkumaan mennessä matala vireystaso auttaa saavuttamaan rentoutuneen, unisen tilan. Tärkeään haasteeseen valmistautuessa tavallista korkeampi vireystila auttaa pysymään valppaana ja henkisesti suorituskyykyisenä. (Ogden ym. 2009. 28)

Sosiaalisen sitoutumisen järjestelmän ansiosta ihmisellä on kyky joustavaan ja nopeaan vuorovaikutukseen ympäristön kanssa. Ihminen voi muodostaa myönteisiä kiintymyssuhteita ja sosiaalisia siteitä. Turvallisessa tilanteessa sosiaalisen sitoutumisen järjestelmä säätelee sympaattisen hermoston toimintaa ja esimerkiksi sydämen lyöntitiheyttä ilman, että sympaattinen hermojärjestelmä käynnistyy. ”Järjestelmän jarrumekanismi” voi nopeasti laskea tai lisätä sydämen lyöntitiheyttä, minkä ansiosta ihmisen sekä rauhoittuu että kykenee lähtemään uudelleen liikkeelle ilman alkukantaisten puolustusmekanismien käynnistymistä. (Ogden ym. 2009. 31)

Kun ihminen on uhkaavassa tilanteessa, aivoihin saapunut ”häätätilaviesti” laukaisee ketjureaktion. Tällöin sosiaalista sitoutumista ylläpitävä hermoston toiminta menettää hallitsevan roolinsa. Sympaattisen hermojärjestelmän reaktiot soveltuvat uhkaavaan tilanteeseen paremmin. Manteliumake panee ”hälytyskellot soimaan” ja hypothalamus kytkee sympaattisen hermojärjestelmän päälle. Näistä seuraa neurokemiallisia purkauksia ja vireyden kohoaminen. Kun vireystila nousee hyvin korkealle, ihminen ottaa automaattisesti käyttöön eloonjäämismekanismit, taistelee tai pakene -reaktiot. Nämä alkukantaiset ”häätätilareaktiot” panevat liikkeelle energiaa, mikä valmistaa voimatoimiin. Tällaisessa tilanteessa reaktioiden seurauksena tapahtuu sekä energiaa liikkeelle panevia että energiaa kuluttavia prosesseja: nopeutunut hengitys vastaa lisääntyneeseen hapen tarpeeseen, keuhkoputket laajenevat, lihasverenkierto lisääntyy ja samalla verenkierto aivokuoressa vähentyy. Myös valppaus ympäristön tarkkailuun lisääntyy ja samalla ne fyysiset järjestelmät, jotka eivät ole puolustuksen kannalta olennaisia, väistyvät. (Ogden ym. 2009. 31) Sympaattisen hermoston vaikutus on yleensä laaja ja kestää kauan. (Leppäluoto ym. 2007. 412)

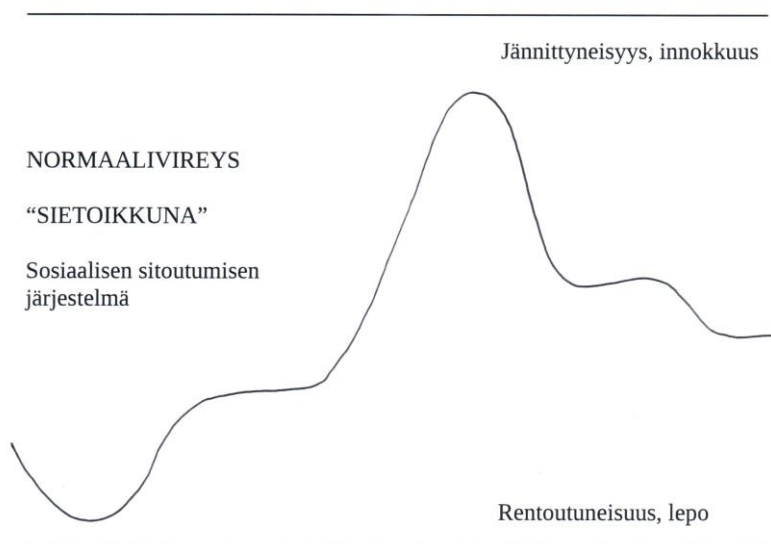
Äärimmäisessä vaarassa selänpuoleinen kiertäjähermon osa eli myeliinitupeton vagus säätelee toimintaa. Se on hermojärjestelmän alkukantaisinta osaa ja saa alkunsa aivorungosta. Kudoksissa oleva hapenpuute laukaisee kiertäjähermon aktivaation, jolloin ihminen varmistaa eloonjäämisen liikkumattomuudella, kuolleeksi tekeytymisellä. Tällöin liiketoiminnot lakkaavat ja aivojen hapenpuutteesta ihminen menettää tajuntansa. Sydämen syke ja hengitystiheys laskevat. Näihin reaktioihin liittyy tunnottomuutta ja kokemus siitä, että aivotoiminta lakkaa. Ihminen voi myös kokea ikään kuin erkaantuvansa kehostaan. Äärimmäinen selänpuoleisen kiertäjähermon vireytyminen voi johtaa pyörtymiseen, oksentamiseen tai peräsuolen sulkijalihaksen hallinnan menettämiseen: nämä kaikki reaktiot saattavat esiintyä silloin, kun liiketoiminta ei ole mahdollista. (Ogden ym 2009. 32)

## 5.1 Trauma ja vireystilan häiriöt

Traumaperäisistä häiriöistä kärsivällä voi olla vakavia vaikeuksia säädellä sitä toiminnan osaa, joka tekee mahdolliseksi myönteinen sosiaalisen kanssakäymisen. Sosiaalisen sitoutumisen järjestelmä hillitsee sekä sympaattisen hermoston reaktioita että selänpuoleisen kiertäjähermoston aktivoitumista. Jos säätelyä tapahtuu onnistuneesti, vireystila on vakaa eikä tapahdu heilahteluja yli- tai alivireystilojen alueella. Mutta jos ihminen kokee tai on aikaisemmin toistuvasti kokenut sellaisia uhkaavia tilanteita, joissa sosiaalisen sitoutumisen järjestelmä ei ole toiminut riittävänä suojautumisen keinona, järjestelmä kääntyy toistuvasti ”pois päältä”. Pidemmän ajan kuluessa järjestelmän vaikutus myös vähenee ja traumatisoituneen on yhä vaikeampi saavuttaa normaalia vireystilaa. (Ogden ym. 2009. 33 - 34) Hätätilareaktiot voivat aiheutua vuorovaikutustilanteessa niinkin vähästä kuin toisen ihmisen ilmeistä tai äänensävyistä. Ihminen saattaa aistia tulewansa torjutuksi tai kokee tilanteen uhkaavaksi. Uhkaavassa tilanteessa koko hermosto reagoi ja muun muassa hengitys muuttuu. Tällöin ihminen ei kykene istumaan rauhallisesti paikallaan. (Porges 2013)

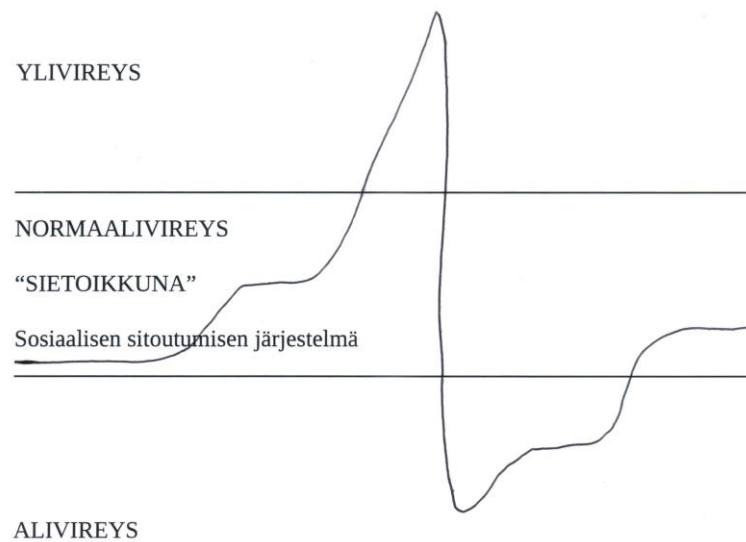
Jokaisella on omanlainen ”sietoikkunan leveys” (kuva 1). Leveä sietoikkuna mahdollistaa kyvyn tulla toimeen vireystilojen vaihtelujen kanssa, ja ihminen kykenee työstämään tehokkaasti monimutkaisia ja paljon ärsykeitä sisältävää tietoa. Kapea sietoikkuna aiheuttaa hallitsemattomia vireystason vaihteluita, joista seuraa helposti häiriötiloja. Useimmilla traumasta kärsivillä ihmisillä on kapea sietoikkuna, ja pienetkin

vireyden vaihtelu saattavat aiheuttaa heillä säätelyhäiriöitä. Traumasta kärsivälle on myös ominaista epätavallisen matala tai epätavallisen korkea reaktiokynnys tai näiden vaihtelua. (Ogden ym. 2009. 28-29)



KUVA 1. ”Sietoikkuna”

Kun traumakokemukset ovat olleet pitkäkestoisia, uhkaaviin tilanteisiin soveltuvat selviytymisreaktiot aktivoituvat toistuvasti. Vaikka myöhemmin ympäristön tilanne on jo muuttunut turvalliseksi, pelkkä trauman aiheuttaneesta tilanteesta muistuttava ärsyke voi aktivoida elimistön kohtaamaan vaaran. Traumasta kärsivät ovat tavallisesti siinä määrin traumaattisten tapahtumien herkistämiä, että heillä on hyvin matala ärsykekynnys myös suhteellisen vähäisille stressitekijöille. He reagoivat edelleen samalla tavalla kuin menneisyyden traumakokemuksissa, jolloin äärimmäiset vireystilat olivat tarkoituksenmukaisia. Tällöin yli- ja alivireyden toistuva ja hallitsematon vaihtelu on kaventanut sietoikkunaa (kuva 2) ja käyttäytyminen voi usein olla epätarkoituksenmukaisista reaktioista johtuvia. Tällainen toistuva ”alhaalta ylös suuntautuva kaappaaminen” koetaan vireysikkunan puitteiden äkillisenä murtumisena, minkä jälkeen palautuminen sopivalle vireysvyöhykkeelle tuottaa vaikeuksia. Kun ihminen kokee jatkuvasti voimakasta vireyden kohoamista, hän ei kykene informaation tarkoituksenmukaiseen työstämiseen ja häntä piinaavat mieleen tunkeutuvat kuvat, tunteet ja kehoistimukset (Ogden ym 2009. 27-34).



KUVA 2. Kapeutunut ”sietoikkuna”

Ilman tarkoituksenmukaisia vireyden säätelykeinoja, traumasta kärsivät eivät osaa tulkita oikein sen paremmin omia kuin muiden käyttäytymis- ja tunnereaktioita. Kun sosiaalisen sitoutumisen järjestelmä on traumatisoituneella häiriintynyt eikä se toimi normaalilla tavalla jarruna, sympaattinen hermosto tai selänpuoleinen kiertäjähermosto ovat yliaktiivisia, mikä johtaa vireyden hallitsemattomaan ajautumiseen sietoikkunan ulkopuolelle. Traumatisoitunut voi esimerkiksi mennä herkästi pois tolaltaan ja usein reagoivat tilanteisiin tavoilla, joista puuttuu suhteellisuudentaju. Traumatisoituneen käyttäytyminen voi muuttua jäsentymättömäksi. Hänen toimintaa häittää refleksinomainen, ja hetkellisten yllykkeiden aiheuttama, sattumanvarainen ja sekalainen puolustautumiskäyttäytyminen. Koska tunneviestien tulkinnassa on vaikeuksia, myös harmittomat signaalit tulkitaan vaarallisiksi. Kun ihminen aistii olevansa turvassa, hän on halukas vuorovaikutukseen ympäristön kanssa, mutta tämä vuorovaikutus estyy, jos yksilö erehtyy tulkitsemaan ympäristön ärsykkeet vaarallisiksi. Virhetulkinta laukaisee puolustusreaktioita ja aktivoi kehon fysiologiset tilat taistelu tai pakene -valmiuteen. Tällöin hänen kasvonsa muuttuvat ilmeettömiksi, koska lihakset veltostuvat, puheäänensä sävy muuttuu ja hänen kuulonsa laskee. Tällaisessa tilanteessa kiertäjähermon välityksellä myös sydämen toiminnassa tapahtuu muutoksia. Krooninen ylivireystila voi aiheuttaa vaikeuksia valita tarkoituksenmukaista toimintaa. Tunteiden, aistimusten ja virikkeiden tulva heikentää harkintaa ja kykyä tarkistaa asioiden todellinen laita. Yli- ja alivireystiloissa prefrontaalikorteksin välittämä joustava reagoiminen kytkeytyy tilapäisesti pois päältä. (Ogden ym. 2009. 33-41; Porges 2015)

Pitkäkestoinen ylivireystila saattaa synnyttää noidankehän. Traumaperäiset ärsykkeet laukaisevat ylivireyden, mikä taas johtaa traumamuistojen lisääntymiseen. Muistot tunkeutuvat mieleen, mikä vuorostaan nostaa vireyttä entisestään. Pelkästään pelkojen ja paniikkitilojen kuvailu saattaa aiheuttaa trauman uudelleenelämistä. Tällöin traumatisoitunut erkaantuu nykyhetkisestä todellisuudesta ja kokee menneisyydessä tapahtuneet tilanteet uudelleen. Ylivireys aiheuttaa usein myös aistikokemusten, emotionaalisten ja kehollisten osatekijöiden pirstaloitumista. (Ogden ym. 2009. 34-35)

Traumatisoituneella minuuden eri osien yhdistyminen ehjäksi kokonaisuudeksi on estynyt. Minuuden osat sisältävät hyvin erilaisia tietoisuuksia, muistoja, identiteettejä ja toimintataipumuksia. Traumavirikkeet aktivoivat minuuden joitakin puolia ja samalla laukaisevat ylivireyden. Alivireysreaktiot yhdistyvät minuuden toiseen puoleen. Tällöin traumatisoitunut voi saavuttaa sopivan vireystilan menettämällä yhteyden persoonan eri osien välillä. Trauman ollessa vakava yhdistymiskyky voi pettää kaikilla kolmella vireysvyöhykkeellä. Dissosioituneet aistien aiheuttamat reaktiot synnyttävät lisää takaumia ja painajaisten kaltaisia oireita. Pulssi kiihtyy, verenpaine nousee, kehonaistimukset lisääntyvät, lihakset jännittyvät ja kehossa tapahtuu tahattomia tai hallitsemattomia liikkeitä. (Ogden ym. 2009. 35 - 39)

Traumatisoituneen ihmisen ollessa alivireä, häntä vaivaavat tunteiden ja aistimusten vähäisyys, turtuneisuus, kuoleman ja tyhjyyden tunnot, passiivisuus sekä mahdollisesti tuntemukset halvaantumisesta. Hän on ehkä myös liian etäällä kokemuksestaan pystyäkseen työstämään läsnä olevaa tietoa tehokkaasti. (Ogden ym. 2009. 27) Sama ihminen voi ylivireänä reagoida voimakkaasti ja olla puolustuskannalla, kun taas alivireänä hän saattaa olla sävyisä ja mukautuva. Tämä yhtenäisen minäkuvan pirstoutuminen puolestaan johtaa kasvavaan sekavuuteen, dissosiaatioon ja lisääntyviin säätelyvaikeuksiin. Myös alivireyteen liittyy psyykkisperäisiä dissosiaatio-oireita kuten kognitiivisia vääristymiä, muistinmenetystä, identiteetin kadottamista, sekavuustiloja ja keskittymisvaikeuksia. Ihminen voi kokea subjektiivisista kehosta erkautumisen tunteja, hänellä voi olla puuttumisen tunnetta osassa kehoa tai koko kehossa ja fyysiset reaktiot ovat viivästyneitä. Joillakin voi olla alivireystilasta johtuva korkea ärsykekyky, mikä heikentää ja vaikeuttaa reagoitokykyä. (Ogden ym. 2009. 36)

Alivireystila voi heikentää kykyä kokea tunteita ja reagoida emotionaalisesti merkittäviin tapahtumiin. Tämä heikentää emotionaalista työstämistä. Myös kognitiivinen työstäminen estyy, koska alivireystila vaikuttaa ajattelukyvyn selkeyteen. Alivireys estää myös vaaratilanteiksi koetuissa tilanteissa asianmukaisen arvioinnin. Selänpuoleisen kiertäjähermon vaikutuksesta traumatisoitunut voi olla passiivinen ja hänellä on jopa lihastoiminnan puutetta. Tällöin hän menettää valmiuden liikkumiselle eikä kykene keskittymään. Alivireyden aiheuttama sensomotorinen säätelyhäiriö aiheuttaa hidasliikkeisyyttä. Tällainen toimintakyvyn rajoittuminen saattaa helposti jäädä muilta ihmisiltä huomaamatta. Pitkäkestoiseen alivireyteen liittyy usein myös kehollisia dissosiaatio-oireita kuten liikevoiman puutetta, halvaantumista, liikkeiden hallitsemattomuutta ja kehonsisäisen aistimisen turtumista. (Ogden ym. 2009. 36)

## 5.2 Trauman hoito

Traumatisoitunut joutuu jatkuvasti uudelleen yhteyteen traumatapahtumaan ja siihen liittyviin kehon tuntemusten ja tunteiden kanssa. Kun traumasta muistuttavat asiat tunkeutuvat mieleen ja kehoon, traumatisoitunut elää tapahtumia ikään kuin tapahtuma ei olisi koskaan päättynyt. Mitä voimakkaampi trauma on, sitä enemmän traumatisoitunut pelkää ja pyrkii välttelemään traumatapahtuman muistoa. (Soukas-Cunliffe 2014. 141-142) Traumaattisesta kokemuksesta ei voi muodostaa yhtenäistä kokonaisuutta eikä se liity ehjään minäkuvaan. Ajan mittaan pitkittynyt sekavuus johtaa aistimusten, toiminnan ja minuuden lisääntyvään pirstaloitumiseen. Alivireystilan aiheuttama traumakokemuksen uudelleen eläminen johtaa samankaltaiseen muisti-, liike- ja tunnetoimintojen sekä somaattissensorisen tietoisuuden menettämiseen kuin traumatisoivien tapahtumien aikana. (Ogden ym 2009. 35-36)

Trauman hoidossa on yleensä käytössä kolme vaihetta. Hoito alkaa vakauttamisesta ja etenee trauman käsittelyvaiheen kautta uudelleensuuntautumisvaiheeseen. Nämä kolme vaihetta eivät selkeästi seuraa toinen toisiaan, vaan prosessi etenee spiraalimaisesti. Käsittelyvaiheesta palaudutaan takaisin vakauttamisvaiheeseen ja uudelleen suuntautumisesta taas muistojen käsittelyyn (Soukas-Cunliffe 2014. 141) Aluksi traumatisoitunutta tuetaan löytämään ja vahvistamaan itsestä huolehtimisen keinoja ja kannustetaan käyttämään itsestä huolehtimisen voimanlähteitä kuten säännöllistä unta ja ravintoa, jotka vakauttavat energiansäätelyjärjestelmän (Ogden ym. 2009. 215)



Moniammatillisessa kuntoutuksessa fysioterapeutin osuus kuuluu vakauttamisvaiheeseen. Tällöin keskeistä on kivun hoidon rinnalla voimakkaiden vireystilojen vaihtelujen tasoittaminen ja sietoikkunan levittäminen. Käytössä olevien kehollisten taitojen vahvistaminen sekä uusien aktiivisuutta ja osallisuutta lisäävien keinojen löytäminen on fysioterapeutin erikoisosaamista.

Sensomotorinen psykoterapeuttinen menetelmä tarkoittaa, että asioista puhumisen sijaan havainnoidaan fyysisiä muutoksia, puolustusreaktioita, hengityksessä ja lihaksistossa tapahtuvia muutoksia sekä tarkkaillaan autonomisen hermoston toimintaa. Traumatisoituneet tuntevat liian paljon tai liian vähän. He saattavat kokea kehon sisäiset aistimukset ylivoimaiseksi eivätkä pysty pukemaan aistimuksiaan sanoiksi. Tällöin voi opetella tunnistamaan kehon tuntemusten ja tunteiden välistä eroa. Traumaan liittyvät tunteet ovat hyvin voimakkaita ja pelottavia. Kun keskitytään kehon aistimukseen, voidaan turvallisesti lisätä trauman oireiden havainnointia sietoikkunan sisällä. (Soukas-Cunliffe 2014.142)

Sensomotoriset menetelmät keskittyvät aluksi parantamaan traumatisoituneen tietoisuutta yli- tai alivireystilasta kuten sydämen takomisesta, kihelmöinnistä, lievistä vapiseemisesta sekä siihen liittyvistä fyysisistä toimintataipumuksista kuten lihasten jännittymisestä selässä, käsivarsissa ja jaloissa. Läsnä olevassa tilassa tehtävät liikeharjoitukset, kuten maadoittumis- ja keskittymisharjoitukset, auttavat palauttamaan vireyden sietoikkunan puitteisiin. Harjoituksien avulla traumatisoitunut oppii myös arvioimaan ympäristön ärsykeitä realistisesti. Tämä auttaa viipymään sopivalla vireysvyöhykkeellä yhä pidempiä aikoja. (Ogden ym 2009. 39)

Hoidon alussa on tärkeää turvallisuuden tunteen synnyttäminen ja vahvistaminen. Terapiatilanteissa muistutetaan, että tällä hetkellä ei ole vaaraa. (Ogden ym 2009. 215) Tavoitteena on auttaa traumatisoitunutta vähitellen turvallisesti kiinnostumaan mielen sisällöistä ja kehon reaktioista niin etteivät traumamuistot toisi jatkuvaa pelkoa. Traumatisoitunutta autetaan säätelemään autonomisen hermoston vireystilaa ja havainnoimaan nykyhetkeä. Samalla häntä autetaan erottamaan nykyhetken havainnot ja traumatapahtumaan liittyvät havainnot toisistaan. Vakauttamisvaiheessa on tavoitteena kasvattaa kaksoistietoisuutta, joka tarkoittaa yhtäaikaista läsnäoloa menneen trauman ja nykyhetken välillä. (Soukas-Cunliffe 2014. 141-142)

Yli- ja alivireystiloissa traumatisoitunut ei kykene yhdistämään traumamuistoja koskevia ajatuksiaan, tunteitaan, muistojaan ja sensomotorisia reaktioitaan. Kun henkiinjääminen ja turvallisuus on taattu, vireys voi asteittain palata sietoikkunan puitteisiin ja kokemuksen dissosioituneet osat voidaan terapiassa vähitellen tunnistaa ja yhdistää ehyeksi persoonaksi. Terapeutin tehtävä on auttaa tunnistamaan sopivan vireysvyöhykkeen rajat. Rajat ovat havaittavissa kehollisista reaktioista. Vähitellen terapeutti auttaa myös laajentamaan vireysikkunaa kehollisilla harjoituksilla. Porgesin mukaan terapeutin tulisi luoda sekä käyttäytymisellään että ohjaamisen keinoilla puitteet, joissa asiakas voi kehittää sosiaalisen sitoutumisen taitoja ja laajentaa ”sietoikkunansa”. Kun terapeutti ohjaa liikeharjoitteet niin, että asiakas oppii havainnoimaan harjoituksen aikana kehossa tapahtuneita muutoksia, asiakas kehittyy sosiaalisesti sitoutuneessa yhteistyössä. Samalla hänellä kehittyy kyky työstää sisäisiä kokemuksia. Tällainen lähestymistapa ylläpitää ja kehittää sopivaa vireystasoa myös silloin, kun asiakas kohtaa traumaärsykeitä. (Ogden ym 2009. 29 - 40)

Traumatisoitunut voi kehittää toimintamalleja, jotka pitävät hänet alivireyden vyöhykkeellä. Asiakas voi kuvailla itseään passiiviseksi ja hänen on vaikea ryhtyä toimeen. Hän voi kertoa kuluttavansa pitkiä aikoja istumalla poissaolevana sohvalla. Tällaisen alivireystilan vallitessa sensomotorinen psykoterapeuttinen väliintulo sisältää esimerkiksi istumisen sijasta seisomista ja aktiivisia, jopa voimallisia fyysisiä liikkeitä kuten työntämistä, tömistelyä ja nopeaa kävelyä ympäri terapiahuonetta. Tämänkaltaisen toiminta lisää tarmoa ja vireystilaa. Aluksi traumatisoinut saattaa osoittaa pelkoa liikkumista kohtaan, koska traumamuistoon saattaa liittyä liikkumisen takia uhkatilanteen paheneminen. Tämänkaltaisen traumamuistojen käsittely auttaa traumatisoitunutta sietämään liikkumisen synnyttämää kohonnuttua vireyttä ja se rohkaisee terapiassa saadun tuen ja mallin avulla liikkumaan enemmän päivittäisessä elämässään. (Ogden ym 2009. 40)

Van der Kolkin (2009. XXV) mukaan traumassa tapahtuu rajojen rikkoutumista sekä omaehtoisen toiminnan ja itsesäätelykyvyn menettämistä. Jos väkivalta on ollut toistuvaa ja säälimätöntä, uhri altistuu jatkuvalla fysiologiselle säätelyhäiriölle mihin yhdistyy fyysinen liikkumattomuus. Nämä reaktiot usein vakiintuvat, minkä seurauksena toimintaan ryhtyminen tuottaa jatkuvasti vaikeuksia. Ekeholtin (2015) mukaan alivireyden tila ja parasympaattisen hermoston häiriintynyt toiminta ovat vakavampia ja vaikeammin hoidettavia kuin ylivirittyneisyys ja

sympaattisen hermoston yliaktiivisuus. Toipumisprosessi voi olla merkittävästi hitaampi kuin ylivireysoireiden hoitamisessa, koska sopivien kehollisten ja liikkumisen keinojen löytäminen voi kestää pitkään. Kehollisten voimavarojen ristiriitaisuus ja epäloogisuus ovat erityisen haasteellisia. Kuntoutujalla voi olla yhtä aikaa sekä ylivireyden että lamaannuksen kehollisia oireita. Tällöin intervention kohteen valinta on vaikeaa, sillä alivireyden oireisiin vaikuttavat harjoitteet saattavat voimistaa ylivireyden oireita.

Traumatisoituneen kuntoutuksessa keskeisintä on sosiaalisen sitoutumisen järjestelmän avulla vaikuttaa asiakkaan dissosioituneiden osien yhdistymiseen osaksi asiakkaan minuutta. Toiminnan kohteena on mikä tahansa yli- tai alivireydestä johtuva emotionaalisen tai fysiologisen kaaoksen vähentäminen. Terapiassa traumatisoituneella on mahdollisuus tarkastella nykyhetkistä todellisuutta ja arvioida traumaärsykeitä. Tietoisuus vireystilasta auttaa vähentämään yli- ja alivireyttä. (Ogden ym. 2009. 39) Usein kidutuksen uhriksi joutunut kuntoutuja kertoo mielen ja ajatusten käyvän ylikierroksilla tai hän saattaa kuvata tehneensä asioita ilman muistikuvaa siitä mitä on tehnyt tai kuinka pitkän ajanjakson hän on ollut ikään kuin muissa maailmoissa. Voimakkaat yli- ja alivireystilojen vaihtelut ja vähäinen sietoikkunassa viipyminen aiheuttavat sisäistä kaaosta, pelkoja, turvattomuuden tunnetta ja jatkuvaa valppaana olemista. Kuntoutuja saattaa kuvailla kuinka kaipaa hiljaisuutta ja sisäistä rauhaa. Moni asiakas on todennut, että toivoisi häiritsevien ajatusten loppuvan kokonaan.

Porgesin polyvagaaliteorian mukaan koko hermojärjestelmä reagoi ympäristön ja kehon sisäisiin olosuhteisiin. Sekä ulkoiset että sisäiset olosuhteet muuttuvat jatkuvasti. Turvallisuus luo tähän muutokseen tasapainon ja vapaan toimimisen mahdollisuuksia. Uhka, pelko ja epävarmuus aiheuttavat tai ylläpitävät valppautta ja valmiutta, joka rajoittaa etenkin sosiaalisen vuorovaikutuksen toimintaa. Turvalliseksi koetussa ympäristössä ja tilanteessa ihminen voi kokeilla mukavuusrajojen ylittämistä. Porgesin mukaan ihmisen elämäkokemukset perustuvat hermostolliseen toimintaan, niinpä myös kuntoutuksen ja terapian tulisi perustua harjoituksiin, joissa hermostollinen taso on tietoisesti mukana. (Porges 2013)

Vatsanpuoleinen kiertäjähermon osa ylläpitää sellaisia positiivisia kehonilmaisuja ja käyttäytymistä, mikä mahdollistaa vuorovaikutuksen toisen henkilön kanssa. Porgesin mukaan tämä autonomisen hermoston osa tukee myös henkisen kasvun mahdollisuutta silloin, kun ihminen on suotuisissa, turvallisissa olosuhteissa. Hermostoa voi tietoisesti

rauhottaa tasaamalla ja syventämällä hengitystoimintaa, koska hengitystoiminta on yhteydessä vatsanpuoleiseen kiertäjähermon osaan. Traumatisoituneelle, jolla on merkittäviä vaikeuksia rauhoittaa itseään, hengityksen säätely voi olla hyvä keino, koska pallean kautta rauhoittelu kohdistuu suoraan hermojärjestelmään. Rauhallinen pitkä uloshengitys syventää hengitystä, syvä hengitys yltää pallean alapuoliseen vatsaontelon osaan. Kun ihminen tekee harjoitukset tietoisesti ja keskittyen, harjoituksen vaikutus yltää hermoston tasolle. Harjoitukset vaikuttavat ihmisen suurimpiin elintoimintoihin, sydämen sykkeeseen ja verenpaineeseen. Vaikutus yltää myös aivoverkostoon saakka. Kun tämä hermoston osa on aktiivinen, tällöin myös pelkotilan aiheuttamat reaktiot väistyvät ja ihminen voi vähitellen saavuttaa turvallisuuden tunteen. Tällainen on hyvin voimaannuttava tila, koska tällöin ihminen kykenee toimimaan normaalisti ja tekemään asioita, jotka häntä kiinnostavat. (Porges 2013)

Kidutuksen uhrille pelkkä hengitysharjoitus ja kyky turvallisesti tarkkailla kehoa voi olla pitkän prosessin takana. Terapiatilanteessa voi kuitenkin vähitellen syntyä hetkiä, jolloin asiakas on rauhoittunut. Tällöin asiakas saattaa kertoa kokeneensa rentoutta ja hyvää oloa. Aluksi nämä hetket ovat lyhyitä ja niihin on tarvittu terapeutin läsnäoloa ja jakamatonta huomiota. Monet fysioterapiamenetelmät ja erityisesti psykofyysisen fysioterapian harjoitukset tukevat rauhoittumista ja turvallisuuden tunteen kokemusta.

### 5.3 Vakauttaminen

Interventiot ja menetelmät, joilla kehon puoleen käännytään liian nopeasti, voivat laukaista vaikeasti traumatisoituneiden asiakkaiden oireita. Tämän takia on terapeutin havainnoitava etenemisen tahtia ja vältettävä turvallisuutta rikkovien keinojen käyttöä. Jos mukavuusraja ylittyy, terapeutin on autettava palauttamaan yhteys kehoon turvallisesti, tietoisesti ja huomioivasti läsnä ollen. Säätelyhäiriöitä aiheuttavien, yhdistämättömien traumakokemusten johdosta jopa tavanomaisten aistimusten tietoinen huomioiminen voi johtaa trauman aktivoitumiseen. Esimerkiksi fyysisestä harjoittelusta johtuva pulssin kohoaminen voi aiheuttaa levottomuutta herättäviä avuttomuuden tuntemuksia tai paniikitilan. Asiakas voi tulkita pulssin kohoamisen merkinä uhasta, minkä takia vireystila kohoaa ja syntyy tarve puolustautua tai paeta. (Ogden ym 2009. 217)

Vakauttamisvaiheessa traumatisoitunutta autetaan löytämään nykyhetken elämään toimivia keinoja hallita traumaoireita. Yksinkertaisimmillaan vakauttaminen on konkreettista nykyhetkeen ankkuroitumista erilaisilla kehon havainnointiin liittyvillä keinoilla. (Soukas-Cunliffe 2014. 143) Traumatisoituneella voi olla hallitsemattomia reaktioita, jotka johtuvat häiritsevistä fyysisistä aistimuksista. Vakauttamisvaiheessa tavoitteena on oppia hillitsemään reaktioita häiritsevän käyttäytymisen ja traumakokemusten uudelleen kokemisen estämiseksi. Hillitsemisen menetelmänä voi käyttää kehon rajapintojen aistimista joko itse koskettamalla ja hankaamalla kehon osia tai huomion kiinnittämisellä siihen kuinka iho koskettaa tuolia, lattiaa tai seinää. Hillitsemisen keinona voi käyttää myös kehon suurten lihasten jännittämistä. Lihassupistus antaa kokemuksen lihasten kovettumisesta, mistä seuraa ”läpätunkemattomuuden” tuntemus. Tämä antaa kokemuksen siitä, että ihminen kykenee ”pitämään asiat sisällään” tai ”sulkemaan asiat ulkopuolelle”. Ikään kuin keho kieltäytyisi reaktioista ennen kuin ne voimistuvat. Vastaavasti asiakkaan voi ohjata tutkimaan lihaksiston pehmentämistä, mistä seuraa vastaanottavaisuus ja avoimuus ympäristön viesteille. Harjoitukset vahvistavat kehoa voimanlähteenä etenkin, kun harjaannutaan tiedostamaan hillitsemiseen ja kieltäytymiseen sekä avoimuuteen ja myöntymiseen liittyviä kehollisia eroja. (Ogden ym. 2009. 236-237)

Kuuloaisti välittää vireystilaa nostattavia tai elimistöä rauhoittavia stimulaatioita. Puheääni tai musiikki välittää rauhallisuutta ja luottamusta. Puhe voi nostattaa myös valppauteen, valmistautumaan puolustusreaktioihin. Muutos vireystilassa on havaittavissa kasvojen ilmeen muutoksena. Hättääntyessä kasvot valahtavat ilmeettömiksi. Samalla myös keskikorvan lihakset veltostuvat. (Porges 2013) Äänen ja musiikin aiheuttamat hermoimpulssit kulkee korvien kautta aivokuoreen ja takaisin keskikorvan lihasten säätelyyn. Samalla, kun sisäkorvan lihasten toiminta on säädeltyä, vaikutus ulottuu aivohermojen kautta kasvojen ilmeeseen ja jopa sydämen sykkeeseen. Rauhallinen instrumentaalimusiikki luo levollisen, kiireettömän ilmapiirin, tilan jossa voi rauhoittua. Sama vaikutus on myös ystävällisellä ja huolehtivalla ihmisellä, sellaisella joka saa tuntemaan turvallisuutta pelkästään rauhoittavalla äänensävyllä. Terapeutti siis voi vaikuttaa olemuksellaan ja äänellään asiakkaan olotilaan. (Porges 2013) Asiakkaat usein kommentoivatkin terapeutin äänensävyn rauhoittavaa vaikutusta ja kertovat myös taustalla olevaa musiikin muuttavan olotilaa levollisemmaksi.

Kidutuksen uhriksi joutunut saattaa mieleen tunkeutuneen traumamuiston seurauksena lamaantua, jolloin keho voi tekeytyä kuolleeksi. Tällaisessa tilanteessa asiakkaan normaalit kipuun kuuluvat reaktiot katoavat, katse saattaa muuttua tyhjäksi ja asiakas on hetken poissaoleva. Hän saattaa kuvitella olevansa taas traumatapahtumassa, jolloin koko kehossa voi olla merkkejä pelkoreaktiosta kuten kohonneesta pulssista, nopeasta ja pinnallisesta hengityksestä, hikoilusta tai kylmyydestä. Tällöin saattavat myös lihakset krampata ja täristä läpi koko kehon. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 99) Aistien avulla asiakkaan voi ohjata palautumaan takaisin ”sietoikkunaan”. (Carlsson 2015) Vakauttamisen keinona voi käyttää tarkkaavaisuuden ja huomion kiinnittämistä ympärillä olevien äänien kuuntelemiseen. Voi tunnustella esineitä, vaikka turvaesineeksi valittua kiveä, joka kulkee hyvin taskussa. Hajuaistin avulla voi viedä huomio miellyttävään tuoksuun. Taskussa voi olla mukana vaikkapa tuoksuva käsivoide putkilo tai nenäliina, jossa on hajuvettä. Maistelemalla rusinaa, suklaapalaa, kurkkupastillia tai mitä tahansa tuttua ja miellyttävää makua voi myös auttaa palauttamaan mieli tietoiseen ja läsnäolevaan turvan kokemukseen. Helposti käyttöön otettava menetelmä on katsella tarkasti ympärillä olevia esineitä. Kiinnittää huomio esineiden yksityiskohtiin, väreihin ja ominaisuuksiin. (Mielenterveystalo) Näillä keinoilla muistikuvien virta ja niistä seuraavat keholliset tuntemukset vaimenevat.

## 5.4 Psykoedukaatio

Fysioterapeuttien Lotta Carlssonin (2015) ja Irma Tähkävuoren (2015) mukaan psykoedukaatio on tärkeä osa kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutusta. Terapeutti yhdistää traumasta olevan tiedon fysioterapiatilanteeseen ja -ohjaamiseen. Asiakkaalla itsellään saattaa olla virheellisiä käsityksiä ja uskomuksia siitä mitä kehossa tapahtuu. Uskomukset rajoittavat liikkumista ja luonnollisia liikemalleja. Oikea ymmärrys syntyy vähitellen, kun asiakas ohjauksen avulla havaitsee omia reaktioitaan. Kuntoutuja oppii tunnistamaan ja tulkitsemaan reaktiot normaaleina ja turvallisina tapahtumina, kun terapeutti pukee tekemänsä havainnot sanoiksi. Fysioterapeuttien ohjeiden avulla kuntoutuja oppii muuttamaan toimintatapojaan ja luottaa siihen, mitä voi tehdä. Keskustelun avulla normalisoidaan kuntoutujan tilannetta. Fysioterapeutti kertoo kehon luonnollisista reaktioista ja syistä niille tuntemuksille, joita traumatisoituneella on.

Psykoedukaatio on hoidon vakauttamisvaiheessa keino antaa oikeaa tietoa traumatisoitumisesta. Oikealla tiedolla vähennetään oireiden aiheuttamia kielteisiä tunteita. Trauman seurauksena yksilö saattaa käyttää uuvuttavia keinoja ja toimintamalleja vältelläkseen voimakkaita olotilojen muutoksia. Kun asiakas tunnistaa ja ymmärtää omat selviytymisen keinot ja sisäisen maailman logiikan, se voimaannuttaa ja antaa pärjäävyyden tunteen. Kuntoutuksen alkuvaiheessa annettu tieto traumaoireiden hallinnasta ja keskittyminen trauman aiheuttamiin seurauksiin on tärkeää. Kun traumatisoitunut kykenee vähentämään pelkoa sisäisestä kaaoksesta, hän voi vähitellen luopua uuvuttavista korvaavista toiminnoista. (Soukas-Cunliffe 2014. 142-143)

## 6 KIDUTUS

Kidutus voidaan jaotella fyysiseen kidutukseen, psyykkiseen kidutukseen ja seksuaalikirutukseen. Fyysinen kidutus aiheuttaa myös henkistä kärsimystä ja seksuaalisessa kidutuksessa ovat mukana sekä fyysiset että psyykkiset elementit. (Ruuskanen 2007. 487)

Kidutuksen uhriksi valittu vangitaan usein yllättäen kotona niin, että puoliso ja lapset näkevät brutaalin tilanteen. Tilanteessa vanhemmilta täysin estetään puolustautuminen. Lapset joutuvat näkemään vanhempiin kohdistuvaa väkivaltaa, kodin hajottamista, lemmikkieläinten tappamista, jopa raiskauksen. Vangitsemisen alussa on uhrin murtamisen vaihe, jolloin häntä hakataan, pidetään eristyksessä ilman vettä ja ruokaa. Uhrilla ei ole käytettävissä vessaa tai peseytymismahdollisuuksia. Hän ei voi nukkua ja häntä nöyryytetään monin eri tavoin. Jos uhri menettää tajunnan, hänet virvoitetaan kylmällä vedellä. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 42-44)

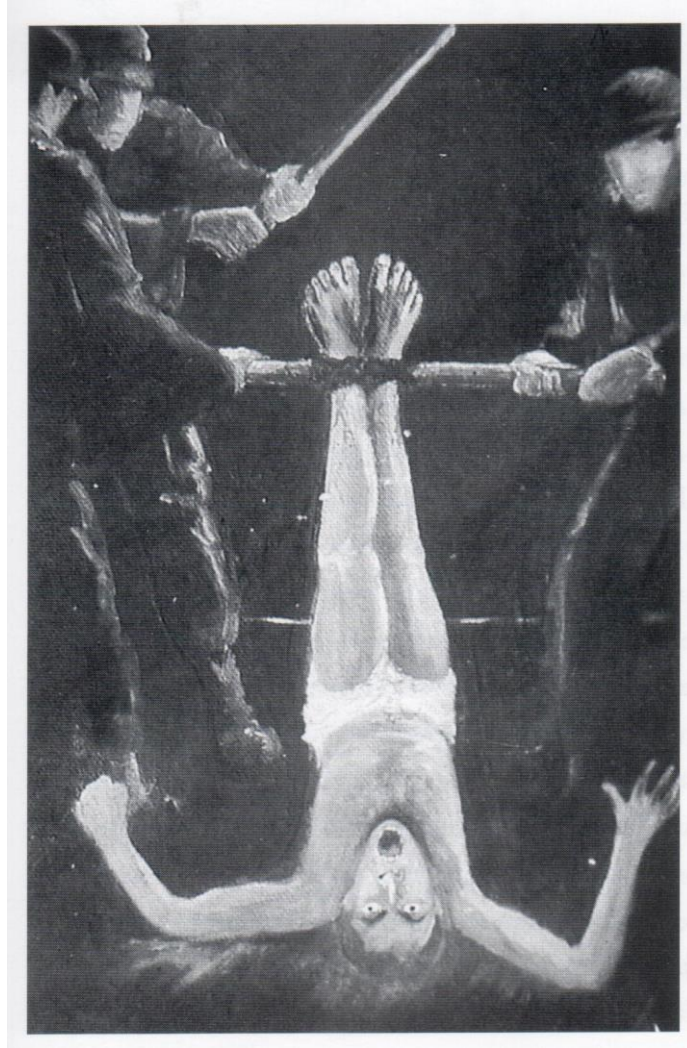
Fyysisessä kiduttamisessa tyypillisiä äärimmäistä kipua aiheuttavia kidutuskeinoja ovat hakkaaminen, pään iskeminen seinään, potkiminen ja piekseminen aseiden perällä, kepeillä tai metalliketjungeilla (Ruuskanen 2007. 487). Tavallisesti kidutuksen uhrilla on huppu päässä eikä hän voi ennakoita mistä suunnasta iskuja satelee. Uhri on täydellisen pelon vallassa. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 42)

Falanga -menetelmässä (kuva 3, sivu 49) jalkapohjia hakataan kepeillä tai muulla kovalla esineellä. Sähkökidutuksessa elektrodeja sijoitetaan elimistön herkkiin kohtiin. Samalla kädet ja jalat on usein sidottu ja uhri on pakotettu hankalaan asentoon. Asentokidutuksessa uhri on teljettynä pitkiä aikoja pieneen hikkiin. Uhria seisotetaan pitkiä aikoja kuumassa tai kylmässä olosuhteessa tai kylmällä ja kostealla lattialla. Uhria saatetaan riiputtaa kädet selän taakse sidottuina. Uhria saatetaan myös riiputtaa ylösalaisin ja pudottaa päätä edellä betonilattiaan. (Ruuskanen 2007. 487)

Submarine -menetelmä (kuva 4, sivu 50) on kidutuskeino, jossa uhrin päätä pidetään likaveteen upotettuna usein tajuttomuuteen asti. Valeteloituksessa uhri viedään silmät sidottuina teloituspaikalle, mutta kuolemanuuhassa olevalle uhrille nauretaan pilkallisesti, kun laukaukset ammutaan ilmaan. Raskaalla pakkotyöllä nälännytetään

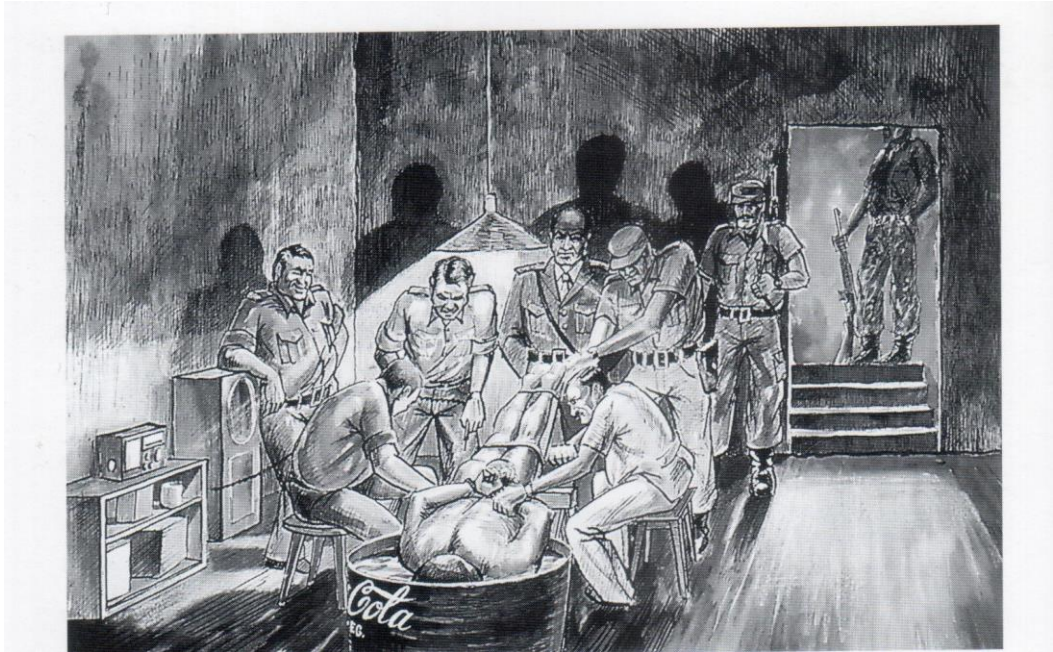


uhri, eikä hänen kunnostaan, ravitsemustilastaan tai ulkoisista olosuhteista välitetä. Hampaita ja kynsiä saatetaan repiä irti. Korviin lyödään avokämmenellä, mikä aiheuttaa tärykalvon repeämän. Ihoa saatetaan polttaa palavalla savukkeella tai ihoon viiletään haavoja. Vaurioitunutta ihoa ärsytetään levittämällä suolaa haavoihin. (Ruuskanen 2007. 487)



KUVA 3. Falanga, jalkapohjiin hakkaaminen. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 45).

Usein kidutuksessa pyritään välttämään pysyviä ja näkyviä vammoja. Psykkiset kidutuskeinot ovat tehokkaampia ja niitä käytetään yhä enemmän. Toisinaan kuitenkin voidaan aiheuttaa pysyvä vamma, jotta kidutusmuistoa ei voisi hävittää ja ihmisen ruumiinkuva olisi konkreettisesti ja pysyvästi tuhottu. Pysyviä ja näkyviä vammoja aiheutetaan esimerkiksi leikkaamalla korva irti, murskaamalla kasvojen luita ja silpomalla sukupuolielimiä. (Ruuskanen 2007. 487-488)



KUVA 4. ”submarine” (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 48).

Psyykkisinä menetelminä käytetään deprivaatiotekniikoita, pakottamista, farmakologisia keinoja tai seksuaalikidutusta. Uhri voidaan myös asettaa mahdottoman valinnan eteen. Uhria häpäistään ja halvennetaan, pelotellaan omaisiin kohdistuvalla väkivallalla sekä pakotetaan seuraamaan muiden uhrien tai perheenjäsenten kiduttamista. Psyykkisessä kidutuksessa käytetään myös kommunikaation kaksoissidosta: luvataan ensin apua, ja uhrin toivon herättäessä rikotaan lupaukset (Ruuskanen 2007. 486 - 488).

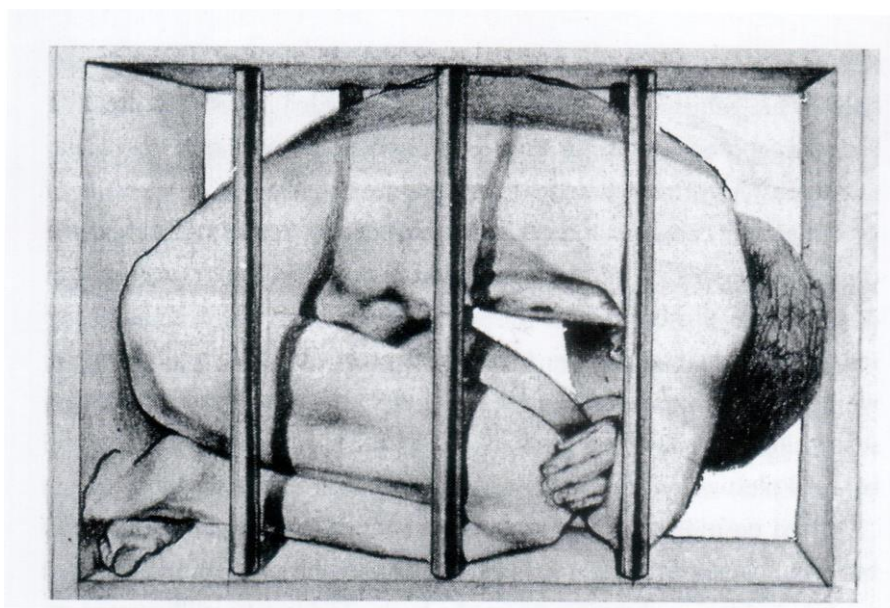
Tyypillistä sensorista deprivaatiota on sitoa uhrin silmät, pitää pimeässä huoneessa, sekä estää liikkuminen ja yhteydenpito ulkomaailmaan. Usein vangittujen ravitsemus on huonoa. Ruokailuunkin saattaa vankilaolosuhteissa liittyä pahoinpitelyä, joten myös syömiseen saadaan yhdistettyä kivuliaita ja rankaisevia muotoja. (Ruuskanen 2007. 488)

## 6.1 Kidutuksen seuraukset

Riippuen käytetystä kidutusmenetelmästä kudonvaurioita voi olla lihaksissa, nivelissä ja ääreishermoissa. Myös kudosten verenkierron ja sympaattisen hermoston toiminta voi olla häiriintynyt. Jos kidutuksen uhri on joutunut kokemaan falangaa, käveleminen on

kivuliasta ja kävelymatkat ovat hyvin lyhyitä. Tällöin asiakas kompensoi jalkapohjiin kohdistuvaa kipua painautumalla alustaan vain jalkapohjien sisä- tai ulkosyrjillä. Asiakas ottaa lyhyitä askeleita ja kävelyn heilahdusvaiheet ovat vajaita. Muutoinkin kidutuksen uhriksi joutuneen kävelyn ja seisomisen tasapaino on usein heikentynyt. Tämä johtuu joko jalkapohjan lihassensoreiden vahingoittumisesta tai yleisestä lihasten ja nivelten tasapainotoiminnan heikkenemisestä. Asiakas joutuu tällöin tukeutumaan seiniin tai huonekaluihin. (Jacobsen & Smidt-Nielsen. 1997. 95-100)

Asentokidutus pieneen häkkiin teljettynä aiheuttaa tyypillisesti kroonisia selkäkipuja (kuva 5). Riiputtamisesta on seurauksena olkanivelluoksaatioita sekä kapseli- ja pleksusvaurioita. ”Submarine” aiheuttaa äärimmäistä kuolemanpelkoa ja usein keuhko-ongelmia, kroonista bronkiittia ja hapenpuutteesta johtuvia aivovaurioita (Ruuskanen 2007. 487).



KUVA 5. Asentokidutus (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 70)

Tanskalaisen kidutettujen kuntoutus- ja tutkimusyksikön (RCT) tekemässä 40:n Lähi-idästä tulleen kidutetun tutkimuksessa havaittiin potilailla nosiseptiivista, neuropaattista ja viskeraalista kiputyyppejä ja kaikilla tutkittavilla havaittiin neuropaattinen ja nosiseptisen kivun yhdistelmä ainakin kolmessa osassa vartaloa. Monella havaittiin myös viskeraalista kipua, kuten dyspepsiaa ja angina pectorista. Selkein yhteys on todettu falangan ja perifeerisen neuropatian välillä. Näillä potilailla esiintyy

jalkapohjien ja säärtien kutinaa, poltetta ja tunteohäiriöitä. Riiputuksessa olleilla uhreilla on tavattu osittaista plexus brachialiksen vauriota jo 15-20 minuutin kidutuksen jälkeen, ja osalle on aiheutunut myös olkanivelten dislokaatiota (Ruuskanen 2007. 488).

Pään hakkaamisen seurauksena esiintyy kroonista päänsärkyä, usein diffuuseja aivovammoja, whiplash-vammoja ja kolmoishermostosärkyä. Toisinaan potilailta löytyy vanhoja kontuusioarpeita, mutta usein aivovammaoireisenkaan potilaan magneettikuvassa ei näy vanhoja traumamuutoksia. Usein uhrien neuropaattista kipua ei tunnisteta. (Ruuskanen 2007. 488-489)

Muuttunut kehon asento, huono ryhti, pelko, masennus, stressi ja mielen epätasapaino vaikuttavat hengitykseen ja hengitystapaan. Hengitys on tavallisesti automaattista eikä ihmisen tarvitse normaalisti ajatella sitä. Levossa hengityksen rytmi on normaalisti rauhallinen ja tasainen. Pallea kohoaa ja laskeutuu, vatsa ja rintakehä liikkuvat ylös ja alas vatsan ja kylkiväliilihasten tasapainoisen toiminnan mukaisesti. Kidutusmenetelmät kuten rintakehään ja rintarankaan läimäyttäminen, pitkäjaksoiseen ahtaaseen häkkiin sulkeminen ja hankaliin asentoihin pakottaminen voi aiheuttaa rintarangan ja kylkiluiden pienten nivelten lukkiutumista, mistä seuraa epäsäännöllinen hengitys ja joskus vaikeita kiputiloja. Ahdistuneena ja stressaantuneena hengitys voi olla pinnallista ja nopeaa. Hengitys voi olla myös katkonasta, ja pysähtyä jopa muutamaksi sekunniksi. Katkon jälkeen on pakko käyttää hengityksen apulihaksia kaularangan ja hartioiden alueella. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 100 - 101)

Kehon, ylä- ja alaraajojen koordinaatio saattavat kidutuksen uhriksi joutuneella olla heikentyneet. Tämä voi johtua tunteiden, kuten pelon ja vihan vaimentamisesta. Puolustusreaktion takia yläraajat ovat lähellä vartaloa (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 100) ja niissä on vähän luonnollisen liikkumiseen kuuluvaa liikettä.

## **6.2 Kidutuksen aiheuttamat psyykkiset häiriöt**

Psyykkinen kidutus aiheuttaa uhrissa äärimmäistä avuttomuuden tunnetta, uupumusta ja voimakasta pelkoa. Siitä voi aiheutua uhrille myös itsetunto-ongelmia sekä vaikeuksia tulla toimeen yhteisöjen kanssa ja yleensä vaikeutta luottaa ihmisiin. Myös psyykkisen kidutuksen uhreilla on runsaasti kroonisia kipuja. Psyykkinen kidutus tuhoaa uhrin persoonan tehokkaammin ja pysyvämmiin kuin fyysiset keinot. (Ruuskanen 2007. 488)

Ruumiinkuva muuttuu kidutuksen seurauksena, ja ihminen saattaa kokea kehonsa täysin vääristyneenä, vaikei näkyviä vammoja olisikaan. Toisinaan kipu on tapa löytää ilmaus henkisellet tuskalle. Kivun kuuntelu on tärkeää: mitä tarinaa se kertoo ihmisen elämästä? Puheessa kehoon liittyvät sanat, kuten sydän tai veri, voivat toimia kielikuvina ja kertoa vaikkapa menetyksistä ja surusta. (Ruuskanen 2007. 489)

Kidutuksen uhreiksi joutuneilla on pelon ja häpeän tunteiden lisäksi usein myös selkeitä muistiaukkoja traumatapahtumista (Ruuskanen 2007. 487). Traumatisoituminen tapahtuu, kun ihmisen puolustuksen toimintajärjestelmä aktivoituu voimakkaasti ylivoimaiseksi koetussa tilanteessa, jossa autonominen hermosto on yli- tai alivireystilassa. Kummassakaan näissä vireystilan ääripäässä eivät ole aktivoituneena ne aivojen alueet, joita tarvitaan tapahtuman integroimiseen. (Suokas-Cunliffe 2014. 142)

Kidutuskokemus näkyy kehon asennossa. Ryhtiin vaikuttaa yksilön psyykkinen ja fyysinen tilanne. Kidutuksen uhriksi joutuneen seisoma-asennossa voi näkyä pelko ja tukahdetut tunteet, jolloin asento on koukistussuuntainen, selkä on kumarassa, hartiat painautuneet eteen ja alaspäin. Asento voi olla myös ojennussuuntainen, jolloin selkä on poikkeuksellisen suora. Molemmat asennot vaativat lisääntyntä lihasten työtä ja pidemmän päälle lyhentävät lihaksia, mikä aiheuttaa rajoittuneita nivelten liikkuvuuksia ja kiputiloja. Hyvässä, tasapainoisessa asennossa lihasten kuormitus on mahdollisimman vähäinen ja liikkeet ovat sulavat ja joustavat. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 100) Kaiken kaikkiaan kidutus aiheuttaa pysyvien fyysisten vammojen lisäksi syviä psyykkisiä traumoja, jotka tulee ottaa huomioon kaikessa kidutuksen uhreille tarjottavassa kuntoutuksessa.

## 7 KUNTOUTUS

Riittävä fyysinen toimintakyky tarkoittaa yksilön kykyä suoriutua sellaisista arkielämän toimista, joiden suorittaminen edellyttää fyysistä aktiivisuutta. Se on selviytymistä työstä, harrastuksista ja arkiaskareista. Terveystieteiden tutkimuksessa fyysistä toimintakykyä tarkastellaan usein henkilön selviytymisenä päivittäisistä toimista. Lisäksi huomioidaan, miten työikäinen selviytyy työstään ja koululainen opiskelusta. Näihin vaikuttavat muun muassa ympäristön asettamat vaatimukset, yksilön tarpeet sekä se millaista apua yksilö tarvitsee ja millaista apua hänen on mahdollisuus saada. Yksilölle tärkeitä päivittäisiä toimia ovat henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, pukeutuminen ja ruokailu. Liikkuminen yleisillä kulkuneuvoilla, asiointi pankissa ja kaupassa sekä kotona tapahtuva siivous ja ruuanlaitto edellyttävät jo hyvää fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006. 40) Jos esimerkiksi liikkuminen portaissa on vaikeaa tai mahdotonta, ihminen saattaa vapaaehtoisesti luopua harrastuksistaan liikuntarajoituksen vuoksi. (Talvitie ym. 2006. 122)

Psyykkinen toimintakyky on yksilön kykyä käyttää psyykkisiä voimavarojaan ja taitojaan tavoitteidensa tai toiveidensa täyttämiseen työelämässä ja vapaa-aikana. Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita ovat psyykkinen hyvinvointi, kognitiiviset toiminnot kuten muisti, oppiminen ja havaintotoiminnot sekä persoonallisuus kuten motivaatio, mielentila ja kyky olla tietoinen omista vahvuuksista ja heikoista puolista. Psyykkinen toimintakyky on myös kykyä muokata omia sisäisiä mielikuvia ja sopeuttaa niitä elämäntilanteeseen. Muuttunut elämäntilanne vaatii myös psyykkisten taitojen kehittymistä ja mukautumista tilanteessa pärjäämiseen. Psyykkinen toimintakyky on yhteydessä yksilön muihin toimintakyvyn osa-alueisiin kuten sosiaaliseen toimintakykyyn. Siihen liittyy mielenterveys sekä elämän kokeminen tarkoituksenmukaisena. (Talvitie ym. 2006. 41) Mielenterveytystyössä myös fysioterapeutin tulee perehtyä psyykkistä hyvinvointia edistäviin näkökulmiin. Kidutuksen uhriksi joutuneella esiintyy PTSD-oireita, voimakkaita vireystilojen vaihteluja, dissosiaatiota ja masennusta. Jotta kuntoutuksessa asiakkaan ja terapeutin yhteistyö on toimiva ja kuntoutus etenee kohti tavoitteita, on myös fysioterapeutin hyvä tuntea ja tietoisesti käyttää joitakin kognitiivisia menetelmiä ja vuorovaikutuksen keinoja.



Kidutuksen uhriksi joutuneella voi olla runsaasti psyykkisiä toimintakyvyn rajoitteita. Hallitsemattomat vireystilojen vaihtelut ja mieleen tunkevat muistikuvat haittaavat päivittäisistä toimista selviytymistä. Koulu- ja työpäivät voivat pääasiassa sujua hyvin, mutta vapaa-ajalla viikonloppuisin, iltaisin ja yöllä ”saapuvat omat torakat paikalle” tavalla tai toisella, kuten eräs kuntoutuja asian kuvasi. Ongelmista asiakas usein yrittää selviytyä omin keinoin. Yleensä kuntoutuja myös toteaa, ettei halua kuormittaa läheisiään ongelmillaan. Ympäristön paine, perheen sisäiset ristiriidat tai yksinäisyys saattavat muodostaa tilanteen, joka käy ylivoimaiseksi.

Fysioterapian menetelmissä ja toimintatavoissa pyritään vähentämään fyysistä toimintaongelmaa ja ongelmasta koituvaa haittaa. Keskeistä on tavoitella normaaleja liikemalleja. Perinteisesti fysioterapeutit ovat pitäneet tärkeänä käsillä ohjaamista ja tukemista tai kuntoutujan virheellisiin liikkeisiin puuttumista erilaisten käsittelyjen avulla. Fysioterapeuttien puheessa ovat voineet korostua harjoittelun ja suorituksen fyysiset elementit ja kuntoutujan elämään liittyviä sosiaalisia ja henkisiä asioita on käsitelty vähemmän. Kuntoutujien osallistuminen harjoittelun suunnitteluun on voinut olla vähäistä ja tärkeämmäksi on nähty ohjattujen liikkeiden suorittaminen oikein. (Talvitie ym. 2006. 16 - 17) Traumatisoituneen kanssa työskennellessä tässä hetkessä olevat taidot ovat tärkeä voimavara (Soukas-Cunliffe 2014. 141). Fysioterapeutin tehtävä on auttaa asiakasta tunnistamaan asiakkaan vahvuuksia ja kykyjä. Näille voimavaroille rakentuvat kuntoutumisen mahdollisuudet.

Terapia-ammattien tavoitteena on vaikuttaa toimintakykyyn ongelmia ehkäisevästi, vähentämällä haittoja tai ylläpitämällä olemassa olevaa toimintakykyä. Toiminnallisessa harjoittelussa kuten liikeharjoitteluissa kuntoutuja on aktiivinen. Passiivisissa menetelmissä kuten hieronnassa ja manuaalisessa käsittelyssä kuntoutuja on vastaanottaja. (Talvitie ym. 2006. 51-52)

Terapiasuhteessa fysioterapeutin ja kuntoutujan väliseen kommunikaatioon liittyy sosiaalisia, tiedollisia ja tunteisiin liittyviä tekijöitä. Sosiaalisten ja tunnepitoisten ilmausten tarkoituksena on tukea ja houkutella yhteistyöhön sekä luoda myönteinen tunneilmapiiri. (Talvitie ym. 2006. 52) Kokemukseni mukaan on hyvin tavallista, että fysioterapeutti on pitkissä kuntoutusprosesseissa ainoa terveydenhoitoalan ammattilainen, jonka kanssa kuntoutuja on säännöllisesti tekemisissä. Tällöin fysioterapeutti

voi olla myös ainoa kontakti, jonka kanssa kuntoutuja voi käsitellä henkilökohtaisia ongelmia. Asiakas voi kertoa fysioterapeutille monenlaisista huolista. Näin tapahtuu etenkin jos kuntoutujalla ei ole samanaikaisesti meneillään psykoterapiaa.

Sensomotorisessa psykoterapiassa kognitiiviset ja psykodynaamiset tekniikat, kuten kognitiivisten kaavojen tunnistaminen ja aistikokemusten kielellistäminen, yhdistyvät kehollisiin menetelmiin, joita ovat kehoistimusten ja liikkeiden havainnointi ja harjoittelu. Menetelmän ajatellaan muuttavan aivolohkojen toimintaa. Huomioivasti läsnäoleva itsehavainnointi yhdistetään voimaantumista ja menestymistä edistäviin harjoituksiin. Tällöin harjoitukset auttavat asiakasta tiedostamaan millä tavalla kognitiiviset, emotionaaliset ja sensomotoriset informaatiot liittyvät toisiinsa. Huomioivan läsnäolon tekniikat auttavat asiakasta tunnistamaan kuinka käsitykset itsestä, esimerkiksi ”olen huono ihminen”, tai traumaperäiset tunteet, esimerkiksi ”paniikki”, vaikuttavat kehollisiin kokemuksiin. Tämänkaltaiset keinot vähitellen parantavat ajatusten, tunteiden ja tuntemusten yhdistämiskykyä ja auttavat asiakasta tiedostamaan läsnä olevan kokemuksen kognitiiviset, emotionaaliset tai sensomotoriset tasot. Hän myös oppii siirtämään havainnoinnin yhdeltä tasolta toiselle. Tästä kehittyä perusta yhdistää traumatapahtumien aiheuttamat fyysiset ja psyykkiset reaktiot toisiinsa. Tavoitteena on saada keho mukaan traumaperäisien oireiden hoitoon ja käsittelyyn. Kehoa ei jätetä hoidon ulkopuolelle eikä sen anneta enää alistua haavoittuvuudelle tai nöyryytykselle. (Ogden ym. 2009. 195) Myös fysioterapeutti voi työssään soveltaa ja hyödyntää sensomotorisen psykoterapian periaatteita. Fysioterapeutti on motoristen keinojen ammattilainen ja tuntee myös sensomotorisen näkökulman. Näiden rinnalla kognitiiviset ja emotionaaliset havainnot auttavat asiakasta traumaoireiden hallinnassa.

## **7.1 Yhteistyön rakentaminen**

Kuntoutuksen alussa on motivoitumisen ja toimivan yhteistyösuhteen kannalta tärkeää, että asiakas tuntee tulevansa kuulluksi. Yhteistyösuhteen rakentamiseen ja kontaktin luomiseen on varattava riittävästi aikaa. Terapeutin esittämät neutraalit ja avoimet kysymykset kannustavat asiakasta puhumaan hänen omilla ilmaisuillaan ja hänelle luonteenomaisella tavalla. Keskustelu on hyvä aloittaa yleisesti hyväksytyistä ja helpoista teemoista. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotaslainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen. 2014 ym. 2014. 64) Kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa



auttajan on hyvä olla kiinnostunut erilaisista kulttuureista. Auttajan on myös hyvä olla nöyrä hyväksyessään erilaisuutta ja ottaessaan vastaan uusia asioita. (Ruuskanen 2007. 487) Carlssonin (2015) mukaan kidutuksen uhriksi joutuneen kohtaamisessa pitää olla avoin ja valpas havainnoimaan asiakkaan viestejä. Keskustelu on tärkeä keino myös fysioterapeutille. Sen avulla voi parantaa mahdollisuuksia yksilöllisessä kuntoutuksessa ja vuorovaikutussuhteen luomisessa.

Tähkävuoren (2015) mielestä on tärkeää, että fysioterapeutti kykenee tarvittaessa laittamaan sivuun ammatillinen asiantuntijuuden roolin. Auttaja ei voi olla vuorovaikutuksessa ja kuntoutussuhteessa erillinen tai etäinen. Kidutuksen uhriksi joutunut asiakas on tärkeää nähdä kokonaisena mielensä ja kehonsa kanssa. Hoitoa ei voi kohdistaa pelkästään johonkin kehon osaan, vaikkapa kipeään polveen, sillä onnistuneeseen terapiasuhteeseen on useampia reittejä. Fysioterapeutilla on elämäkokemuksen ja ammatillisen koulutuksen kautta laaja tietotaito, joiden avulla kuntoutusta voi toteuttaa huomioimalla yksilölliset tarpeet. Carlssonin (2015) mielestä fysioterapeutin on hyvä tuntea laaja-alaisesti fysioterapian eri alueita. Neurologiaan ja neuropsykologiaan perehtymisestä on etua kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa.

Yhteistyösuhteen rakentaminen voi viedä pitkänkin ajan, jos asiakkaalla on aikaisempia negatiivisia kokemuksia ihmissuhteista. Vaikeudet voivat näkyä siinä, että yhteisten tavoitteiden löytäminen ja määrittäminen on hankalaa tai yhteistä tapaa työskennellä ei tunnu löytyvän. Aikaisemmat negatiiviset kokemukset voivat konkreettisesti tulla ilmi siinä, että asiakas ei aluksi tule sovittuihin tapaamisiin. (Kiviniemi ym. 2014. 24-25) Terapeutin ymmärtävä asennoituminen mahdollistaa asiakkaan vastaanottavaisuuden. (Luostarinen 2008. 54) Terapeuttinen asenne on ei-tietävä, ihmettelevä ja havainnoimaan houkutteleva (Laakso 2013). Toisaalta fysioterapeutin täytyy olla myös tietoinen siitä, että tiivis hoitosuhde johtaa usein emotionaaliseen kiintyneisyyteen (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 102-103). On tärkeää, että fysioterapeutti motivoi asiakasta ottamaan aktiivisen roolin kuntoutuksessa ja kun edistymistä tapahtuu, hän kannustaa asiakasta hyödyntämään uusia toimintakyvyn mahdollisuuksia. Tavoitteena on saada asiakas arjessaan aktiiviseksi niin, että hän tekee uusia asioita, käy kävelyllä ja vierailee ystävien luona vointinsa ja edistymisensä mukaan. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 96)

## 7.2 Reflektointi

Kuntoutussuhteen aloitusvaiheessa työntekijällä on mahdollisuus tiedostaa ensimmäiset reaktionsa asiakasta kohtaan ja myös tunnistaa itsessään esimerkiksi leimaamisen ja stereotyyppisen ajattelun. Tämä tarkoittaa omien asenteiden ja arvojen tiedostamista esimerkiksi seksuaalisiin ja kulttuurillisiin vähemmistöihin liittyen. On tärkeää tunnistaa, mitkä asiat nousevat asiakkaan puheista itselle merkityksellisinä ja mitä reaktioita asiakkaan puhe työntekijässä itsessä herättää. Kuuleeko hän esimerkiksi vain sen, että asiakas on väkivaltainen tai alkoholisti, vai sen, että asiakas on kriisissä oleva ihminen. Reflektointiprosessi lisää työntekijän tietoisuutta omista asenteistaan ja tunteistaan. Lisäksi se parantaa työntekijän osaamista ja tietoista työskentelyä. (Kiviniemi ym. 20014. 64) Kuntoutuksessa ja ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa asiakas ja työntekijä ovat yhteisellä löytöretkellä. Tällaisen retken alussa ei kummallakaan ole tarkkaa tietoa sen päättymisestä tai etenemisestä. Tämä vaatii työntekijältä uskallusta ja rohkeutta toimia uusilla tavoilla ja joskus jopa totutuista tavoista poiketen. (Kiviniemi y. 2014. 26)

Terapiasuhteessa terapeutti ja asiakas ovat toistensa kanssa läheisessä ja kokemuksellisesti vuorovaikutuksessa. Asiakkaan reaktiot herättävät terapeutissa ajatusten lisäksi vaihtelevia ja monisisältöisiä tunnereaktioita. Terapeutin ammatillisuus tulee esiin siinä, että hän kysyy omien tunnereaktioidensa yhteydessä, mitä ne ovat, mistä ne kertovat ja mitä hän niiden kanssa tekee. (Luostarinen 2008. 56) Fysioterapeutin on hyvä osata lukea myös potilaan ja omia reaktioita. Tämä vaatii läsnäolon taitoa, tarkkaavaisuutta ja herkkyyttä. Fysioterapeutin pitää uskaltaa nähdä asiakkaassa sellaistaakin mistä ei ole aikaisempaa tietoa ja mikä ei pohjaudu fysioterapeuttiseen osaamiseen. Asiakas on oman elämänsä ja kokemustensa asiantuntija, jolloin työntekijä on auttavassa roolissa. (Tähtävuori 2015) Vuorovaikutusprosessi, jossa asiakas ja työntekijä yhdessä työskentelevät voi parhaimmillaan johtaa prosessin aikana molempien kasvuun ja kehittymiseen (Kiviniemi ym. 2007. 14).

Terapeutin oma mentaalinen kehitystaso ja hänen tietoisuutensa oman mielensä sisällöstä vaikuttavat ratkaisevasti hänen kykyynsä käyttää omaa mieltään ymmärtämisen välikappaleena. Jokainen terapeutti joutuu todellista objektiivisuutta tavoitellessaan asettamaan itsensä ja subjektiivisuutensa tietoisesti havainnoinnin ja reflektoinnin kohteeksi. Pelkkä teoreettinen tietäminen mahdollisesta vastarinnasta ei

riitä, vaan vasta oman sisäisen vastustuksen voittamisen jälkeen terapeutti voi omakohtaisesti tulla tietoiseksi omasta alitajuntaisesta ja tiedostamattomasta asenteestaan. Terapeutti voi vähentää ymmärtämistä haittaavia tietoisia ja tiedostamattomia tekijöitä pyrkimällä olemaan mahdollisimman hyvin perillä sekä positiivisista että negatiivisista subjektiivisista kokemuksistaan terapeuttisessa vuorovaikutussuhteessa. Työntekijälle on tärkeää käyttää apuna itsetutkiskelua ja työnohjausta. (Luostarinen 2008. 57)

Kelan standardein mukaan fysioterapeutilla on oltava mahdollisuus työnohjaukseen (Kansaneläkelaitos 2015. 23). Työnohjauksessa on mahdollisuus eritellä työroolia ja tarkastella omia asenteita. Sen tavoitteena on oppia omista kokemuksista ja sitä kautta kehittyä ammatillisesti. Parhaimmillaan työnohjaus tarjoaa mahdollisuuden henkiseen ja persoonalliseen kasvuun. Työnohjaus voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmätyönohjauksena sekä työyhteisön ohjauksena. Toimiva työnohjaus on pitkä prosessi, joka kestää vuodesta kolmeen vuoteen. Tapaamiset toteutetaan 3-4 viikon välein, jolloin tarvittaessa voi jatkaa siitä, mihin edellisellä kerralla oli jääty. Työnohjaaja tekee kiinteää yhteistyötä johdon kanssa. Kun yhteisöllinen työnohjaus on johdon välineenä työhyvinvoinnin ja organisaation tavoitteiden saavuttamisessa, myös lähin esimies on mukana työnohjauksessa. (Rosenholm 2010. 44-45)

Tähkävuoren mielestä on tärkeää, että fysioterapeutti uskaltaa kysyä apua ja neuvoja muilta ammattilaisilta. On hyvä muistaa, ettei tarvitse yksin pähkällä traumaan, kidutukseen tai maahanmuuttoon liittyvien asioiden parissa. Kidutuksen uhriksi joutuneen kanssa työskentely ei ole fysioterapeutille tavanomaista perusterapiaa eikä ennestään tuttua. On tärkeää uskaltaa kysyä myös kuntoutujalta itseltään, kun on auttajana ymmällään. (Tähkävuori 2015)

Mielenterveystyöntekijän tehtävänä on tarjota asiakkaalle paikka, aika, sekä ihminen, jonka kanssa asiakas voi työstää ajatuksiaan (Kiviniemi ym. 2014. 24). Työntekijällä on oltava valmiuksia ottaa vastaan emotionaalista räsytystä, jotta hänen ja asiakkaan välille voisi syntyä yhteistyösuhde, jossa asiakas voi tutkia itseään, tarkastella kokemuksiaan ja tunteitaan. (Kiviniemi ym. 2014. 9) Läheinen hoitosuhde ja säännöllinen kontakti asiakkaan ja fysioterapeutin välillä auttaa rakentamaan sellaiset turvalliset puitteet, missä asiakas voi vähitellen luoda kontaktia myös omiin sisäisiin tunteisiin. Asiakas voi avautua surun, vihan, pelon, häpeän ja syyllisyyden tunteille. Fysioterapeutin tulee

suhtautua asiakkaan tunteisiin neutraalisti, sillä jatkossa kuntoutumisen prosessin on hyvä siirtyä psykoterapeutin vastuulle. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 102) Fysioterapeutin olemuksella ja hoitosuhteeseen sitoutumisella on merkitystä. Fysioterapeutin on hyvä olla rauhallinen, varma, avoin ja empaattinen. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 96) Hiljaisuus on hyvä ja sallittu asia asiakassuhteessa. Hiljaisuuden sietäminen ja salliminen antavat asiakkaalle aikaa olla omien ajatustensa kanssa, löytää sanoja tai jäsentää kokemuksiaan mielessään. Työntekijän tehtävänä on sallia asiakkaan pysähtyminen hänelle itselleen tärkeiden asioiden äärelle. Tämä edellyttää, että työntekijä huomaa itsessään ja asiakkaastaan, milloin kyse on löpöttelyn ja höpötyksen tarpeesta ja kiireestä. Nämä ovat tapoja, joilla peitetään todellisia tarpeita ja väistetään tärkeiden asioiden käsittely. Kun työntekijä tunnistaa tämänkaltaisia välttelykeinoja, muutokselle löytyy uusia keinoja. (Kiviniemi ym. 2014. 24 - 25)

Tähkävuoren (2015) mukaan kidutuksen uhriksi joutuneen kanssa täytyy ottaa huomioon myös se, että kidutuskokemukset saattavat nousta pintaan fysioterapia-tilanteessa. On siedettävä ja varauduttava siihen, että potilas saattaa kertoa hyvin rankoista kokemuksista. Jos terapeuttia oksettaa, itkettää tai hän ei näytä uskovan kuulemaansa, potilas lopettaa kokemuksiansa jakamisen.

### **7.3 Auttajan rooli**

Kidutuksen uhriksi joutuneen kanssa työskennellessä on hyvä pitää mielessä, että asiakas voi psyykkisesti loukkaantua (Carlsson 2015). Ammatillisessa yhteistyössä aktivoituvat asiakkaan erilaiset tarpeet ja vaatimukset. Asiakas voi kokea herkästi loukkaavaksi koko hoidon ja sen, että tarvitsee muita. Terapeutti joutuu huomioimaan monenlaisia asioita. Hänen tulee tunnistaa ja pitää omat rajansa terapeutina. On huolehdittava siitä, että asiakas tunnistaa ja noudattaa rajoja. Terapeutin on toimittava niin, ettei loukkaa asiakkaan itsetuntoa ja samalla hänen tulee huolehtia yhteistyösuhteen toimivuudesta. Terapeutin herkkyys ymmärtää asiakkaan tarpeita ja toimia tarvittaessa turvallisena aikuisena on erittäin keskeistä yhteistyön jatkumisen ja onnistumisen kannalta. Käytännössä tämä tarkoittaa empaattista kykyä eläytyä myös asiakkaan pettymyksiin, kun tämä kohtaa hoidon rajoituksia, ja lujuutta ottaa vastaan asiakkaan reaktioita. (Kiviniemi ym. 2014. 29) Fysioterapeutin on hyvä myös sanoilla ilmaista asioita, jotka esiintyvät tilanteessa sanattomina viesteinä kuten eleinä ja

ilmeinä. On hyvä ottaa rohkeasti puheeksi ja kysyä mitkä asiat ovat asiakkaalle sopivia. Voiko esimerkiksi koskettaa tai onko jokin liikeharjoituksen asento hänen mielestään sopiva. Arkaluontoisia asioita on hyvä lähestyä harkiten. Riski uudelleen traumatisoitumiselle on kidutuksen uhriksi joutuneen kanssa työskennellessä suuri. Ennaltaehkäisevänä keinona on välttää ilmapiiriä, jossa asiakas kokee joutuneensa uhattuun tilanteeseen ja alistettuun asemaan. On siis aina parempi ensin kysyä ja keskustella kuin pelkästään ilmoittaa mitä aihetta käsitellään tai kuinka harjoitukset tehdään. (Carlsson 2015)

Terapeutissa syntyvät emotionaaliset vasteet antavat tietoa terapeutista itsestään, mutta ne voivat olla myös keino ymmärtää asiakasta. Terapeutin kyky olla tietoinen tunteistaan on tärkeää, jotta terapeutti tunnistaa omat ymmärrystä häiritsevät ja hoidolle haitalliset emotionaaliset reaktiot. (Luostarinen 2008. 59) Auttaja saattaa olla vaarassa ajautua alitajuntaisesti vihamieliseen rooliin, jolloin tunnelma hoitotilanteessa voi muuttua ristiriitaiseksi. Asiakas ehkä toivoo, että kipu ja kärsimys otetaan kokonaan pois. Tällainen vaatimus voi tuntua auttajasta mahdottomalta toteuttaa. (Ruuskanen 2007. 487)

Traumatisoituneen kanssa työskennellessä kuntoutujan ja fysioterapeutin välille väistämättä syntyy samoja vuorovaikutusprosessin ilmiöitä kuin psykoterapeuttisessa hoitosuhteessa. Vuorovaikutus sisältää molempien osapuolten aikuisuutta ja realistsuutta, terapeutista yhteistyötä sekä piilotajuisten yllykkeiden esilletuloa oireiden, käyttäytymisen tai molempien muodossa (Luostarinen 2008. 39). Tätä ilmiötä kutsutaan transferenssiksi eli tunteensiirroksi. Transferenssi on kehitysvuosien objektsuhteisiin liittyneiden asenteiden, odotusten, tunteiden, pelkojen, mielikuvien ja väärinkäsitysten tiedostamatonta siirtämistä nykyhetken objekteja koskevaksi. (Luostarinen 2008. 48) Jokaisella yksilöllä on oma ainutlaatuinen kokemusmaailmansa, joka tulee esille hänen toiveissaan ja odotuksissaan tulevaa terapeuttia ja terapiaprosessia kohtaan. Kuntoutujassa oleva aikuisen ja transferenssilapsen osa ilmenevät hänelle tyypillisellä tavalla. Hän voi toivoa löytävänsä ymmärtäjän ja kuuntelijan, mutta hän voi myös pelätä terapian tuovan kipua ja ahdistusta. (Luostarinen 2008. 52)

Vastatransferenssille on erilaisia merkityksiä ja sitä ymmärretään eri tavoin. Joillekin vastatransferenssi merkitsee terapeutin sisäisten konfliktien aktivoitumista ja hänen omia vastatransferensseja asiakasta kohtaan. Toisille se merkitsee terapeutin persoonallisuuden piirteitä, jotka voivat johtaa vaikeuksiin terapiassa. Vastatransferenssi voi olla myös normaalia ja sopivaa vastetta potilaan reaktioihin, jolloin se on tärkeä terapeutin apuväline empatialle ja ymmärrykselle. Se voidaan nähdä myös terapeutissa heräävinä tietynlaisina emotionaalisina vasteina joihinkin asiakkaassa ilmeneviin reaktioihin. Vastatransferenssi voi johtaa vaikeuksiin hoidossa silloin, kun terapeutti ei onnistu tiedostamaan asiakkaaseen kohdistamiaan vastatransferenssireaktioita tai epäonnistuu toimimaan niiden kanssa, vaikka olisikin tiedostanut ne. Terapeutin tarkka tietoisuus asiakasta kohtaan tuntemiensa emotioiden ja asenteiden laadusta on hyvä keino lisätä tietoa myös potilaassa tapahtuvista prosesseista. (Luostarinen 2008. 58)

Terapeutin ja asiakkaan välillä tapahtuva transferenssikokeminen ilmenee usein kuntoutussuhteen alussa positiivisessa muodossa. Asiakas voi tiedostamattaan kokea löytäneensä terapeutista hyvän vanhemman ja ymmärtäjän, minkä vaikutuksesta asiakkaalla on tietyt odotukset terapeutista. Alussa esiin tuleva positiivinen transferenssi auttaa rakentamaan hyvää yhteistyösuhdetta asiakkaan ja terapeutin välille. Toisinaan yhteistyösuhde voi alkaa neutraaleissa merkeissä tai joskus asiakas tuo mukanaan ensimmäisenä negatiivisen transferenssin, jossa hän ilmaisee aikaisempiin vuorovaikutussuhteisiin liittynyttä epäuskoa, pettymystä ja kiukkua. Tällöin terapeutti saattaa edustaa hänelle uhkaa tai vihollista. Negatiivinen transferenssi voi muodostua ylivoimaiseksi esteeksi yhteistyön alkamiselle ja jatkumiselle. Siksi siihen on puututtava ja myös sen selvittämiseen on varattava aikaa. (Luostarinen 2008. 52)

Asiakas on voinut tulla vastavuoroisuuteen liittyvissä odotuksissaan toistuvasti nöyryytetyksi ja nolatuksi jo lapsuudessaan. Tällöin asiakas saattaa kokea herkästi noloutta ja häpeää. Hän saattaa uskoa myös terapeutin olevan häntä kohtaan ylimielinen ja pahaa tarkoittava. (Luostarinen 2008. 53) Tällaisesta voi seurata sen kaltaista transferenssireagointia, joka on este yhteistyölle ja asiakkaan kuntoutumiselle. Transferenssi toimii terapeutille tiedonlähteenä. Hän kuuntelee sitä rauhassa, ottaa sen vastaan ja ymmärtää sitä, mutta välttää tyydyttämistä transferenssiodotuksia ongelmallisella tasolla. Terapeuttiin liittyvät vahvat odotukset ja asiakkaan odotusten mukaiset terapeutin toimesta tapahtuvat ongelmatransferenssin reaktiot ovat asiakkaalle erityisen traumaattisia. Kun terapeutti tyydyttää ongelmatransferenssia, hän liittyy

asiakkaan silmissä epäonnistuneiden kehitysohjeiden joukkoon eikä asiakkaan psyykkinen häiriö saa mahdollisuutta muuttumiselle. Asiakkaan transferenssireagointi sisältää viestin kehitys- ja kasvumahdollisuudesta. Vaikka asiakkaalla on suuri paine jatkaa menneisyyden häiriintynyttä toistamista, hänessä elää myös enemmän tai vähemmän vahva muutospotentiaali. Sen esille saaminen vaatii vastaparikseen, vastavuoroiseksi toiseksi, uuden kehitysohjeen, joka reagoi potilaan viesteihin ongelmallista transferenssiodotuksista poikkeavalla tavalla. (Luostarinen 2008. 54)

Kidutuksen uhriksi joutuneen kanssa eteneminen voi olla hyvin hidasta tai fysioterapeutilla voi olla vaikeuksia sietää sitä, että asiat eivät näytä muuttuvan. Fysioterapeuttia voi turhauttaa se, että kuntoutuja ei pysty panostamaan itsestä huolehtimiseen. Terapeutin on löydettävä itsessään keinoja sietää tilanne. (Tähkävuori 2015)

Rauhallisessa olotilassa ihmisellä on mahdollisuus olla pohdiskeleva. Hän kykenee ajattelemaan asioita syvällisesti ja voi jäsenellä tietoa selkeästi. Tämä vahvistaa tietoisuutta siitä kuka tai millainen on ja mihin suuntaan on elämässään menossa. Hermojärjestelmän kautta ihminen kykenee ymmärtämään omaa toimintaansa ja käyttäytymistään. Ihmisen neurologinen sosiaalisen sitoutumisen järjestelmä ylläpitää hyvinvointia, kasvua ja sosiaalista toimintaa. Hermojärjestelmän välityksellä ihmisellä on mahdollisuus vaikuttaa siihen, kuinka turvallisesti ihmiset kokevat olonsa. Kasvojen ilmeet ovat yhteydessä sydämen toimintaan ja ne ovat perusta myös sosiaaliselle vuorovaikutukselle. (Porges 2013) Tätä näkemystä fysioterapeutti voi hyödyntää tietoisesti. Terapeutin rauhallisuus ja läsnäolo luovat asiakkaalle turvallisen ilmapiirin. Terapeutin oma kyky ymmärtää itseään auttaa ja kehittää terapeuttia lukemaan myös asiakkaan olotilaa ja sanattomia viestejä. Vaikka asiakkaalla on usein vielä pitkä matka tässä kuvattuun itsensä tutkiskeluun, jokainen toiselta ihmiseltä saatu malli vie häntä eteenpäin ja voi motivoida omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen.

#### **7.4 Tavoitteiden asettaminen**

Terapeutin on tärkeää antaa tietoa hoitopaikasta, sen toiminnasta ja sen mahdollisuuksista olla avuksi. Kuntoutuksen alkuvaiheessa annettava tieto auttaa asiakasta tarkentamaan omaa avuntarvettaan ja vähentää asiakkaan ennakkoluuloja kuntoutus-

paikkaa kohtaan. Pitkään jatkuneet vaikeudet voivat saada asiakkaan olettamaan, että auttavat ammattihenkilöt poistavat kaikki ongelmat. (Kiviniemi ym. 2014. 65) Kidutuksen uhriksi joutuneen asiakkaan odotukset fysioterapiaa kohtaan ovat usein hyvin korkeat. On tavallista, että asiakas ajattelee hoidon poistavan kivun välittömästi ja että hänen toimintakykynsä palautuu entiselleen. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 96) Odotus on epärealistinen, ja se on tärkeää ottaa puheeksi jo yhteistyösuhteen alkuvaiheessa. (Kiviniemi ym. 2014. 65) Koska asiakkaan itse asettamat liian korkeat tavoitteet aiheuttavat turhautuneisuutta ja toivottomuuden tunnetta, on tärkeää keskustella realistisista tavoitteista. Kuntoutusjakson aikana turhautumista vähentää, kun fysioterapeutti osoittaa pienetkin edistymiset. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 96)

Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus kertoa omin sanoin tilanteestaan ja hoitoon hakeutumisesta. Terapeutti voi tehdä avaavia ja tarkentavia kysymyksiä kuten “mihin kuvaamistasi asioista haluaisit muutosta?” ja “mikä mainitsemistasi asioista on sinulle tällä hetkellä tärkein?” Motivoiva haastattelu on yksi keino jäsentää keskustelua asiakkaan kanssa. Keskustelu auttaa asiakasta oivaltamaan muutoksen tarve ja omat voimavarat. Motivoiva haastattelu perustuu asiakkaan empaattiseen kuunteluun. Työntekijä tunnistaa ristiriidat, joita asiakkaan puheessa ja toiminnassa tulee esille. Hän myös sanoo ne ääneen ja keskustelee niistä asiakkaan kanssa. Keskustelussa on tärkeää tuoda esiin konkreettisia asioita, jotka näyttäytyvät ristiriitaisina ja myös näkymiä, joita muutos edesauttaisi. Taustalla on ajatus, että muutos syntyy asiakkaan oman motivaation kautta. (Kiviniemi ym. 2014. 65-78)

Moniammatillisessa työryhmässä asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen kokonaistavoitteet määritellään yhdessä asiakkaan ja hänen määrittelemiensä läheisten kanssa. Goal Attainment Scaling eli GAS on menetelmä, joka on kehitetty asiakkaan hoidon tai kuntoutuksen tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuvälineeksi. Menetelmässä asiakkaan tavoite on ensisijainen. Keskustelun tavoitteena on asiakkaan muutosmotivaation vahvistaminen ja hänen hyväksymänsä tavoitteen konkretisointi. Myös tavoitteen jakaminen osatavoitteiksi ja samalla aikatauluun sidotuiksi asioiksi vahvistaa asiakkaan muutosmotivaatiota. Avoimet kysymykset antavat asiakkaalle tilaa kuvata ajatuksiaan omin sanoin, Työntekijän tehtävä on kannustaa ja tehdä yhteenvetoja keskustelusta ja muutoksen etenemisestä. Näin eteneminen kohti muutosta ja mahdolliset muutoksen esteet tulevat yhteistyösuhteessa sanoitetuiksi, ja muutoksen esteisiin päästään etsimään yhdessä ratkaisuja. (Kiviniemi ym. 2014. 62-78)



International Classification of Functioning, Disability and Health eli ICF on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, joka kuvaa, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. ICF antaa avaimet yhtenäisen kielen löytämiseen eri ammattiryhmien kesken. Sen avulla yksilön toimintakyky ja toimintarajoitteet näyttäytyvät moniulotteisena, vuorovaikutuksellisena ja dynaamisena tilana, joka koostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. ICF luo tarvittavan rakenteen toimintakyvyn kuvaamiseksi asiakastyössä ja antaa mahdollisuuden kuvata toimintakykyä kokonaisvaltaisena ilmiönä. ICF edustaa toimintakyvyn kuvaamisessa biopsykososiaalista kokonaisvaltaista näkökulmaa. Suppeampi tapa käsittää toimintakyky on biolääketieteellinen malli, joka pitää toimintarajoitetta henkilön ominaisuutena, johon vaikutetaan hoitamalla sairautta tai vammaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos)

Biopsykososiaalisessa mallissa toimintarajoitteet nähdään kuntoutujan terveyden ja konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten välisenä epäsuhtana. Jotta näiden tekijöiden epäsuhta voitaisiin minimoida, on kuntoutujan terveydentilaan liittyvien tekijöiden lisäksi otettava huomioon myös ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutus. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi saatavilla oleva tuki ja palvelut, apuvälineet, työtilanne, perhe, harrastukset, motivaatio ja uskonto. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos)

Ammatillisen keskustelun tavoitteena on asiakkaan elämäntilanteen ja ongelmien kartoitus sekä ratkaisujen ja voimavarojen luominen, löytäminen tai esiin tuominen. Tavoite lähtee asiakkaan tarpeista. Joidenkin asiakkaiden kohdalla voimavarat ovat helpommin löydettävissä, toisten kohdalla niitä joutuu enemmän etsimään ja jopa luomaan yhdessä uusia. Voimavarat ovat löydettävissä, mutta ne eivät välttämättä ole suorassa yhteydessä kyseessä olevaan asiaan. Tällöin myös voimavaroja pitää luoda tai rakentaa uudelleen. (Kiviniemi ym. 2014. 77)

Asiakas osallistuu aina omalla tavallaan tavoitteiden määrittelyyn. Tavoitteet voivat olla erilaisia ja eritasoisia, kuten hoidon ja kuntoutuksen kokonaistavoitteet sekä yhteistyösuhteisiin liittyvät osatavoitteet. Kokonaistavoitteet ovat päämääriä, joihin moniammatillisesti pyritään. Osatavoitteet tarkentavat ja konkretisoivat kokonaistavoitteita. Lisäksi tavoitteet suhteutetaan aina aikaan ja niitä porrastetaan tarpeen mukaan. Tavoitteita arvioidaan ja tarvittaessa muutetaan joustavasti yhteistyösuhteen aikana. (Kiviniemi ym. 2014. 62)

## 7.5 Kuntoutuksen edistyminen

Kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa usein menee jo muutamia tapaamiskertoja siihen, että terapeutille ja asiakkaalle syntyy yhteinen ymmärrys siitä miksi asiakas on tullut fysioterapiaan. Tämä muuttaa fysioterapeutin työn luonnetta. Hoitojakson alussa tarvitaan aikaa luottamuksen rakentamiseen ja ongelman tunnistamiseen. Kaikkea kipua ei kuitenkaan saa pois, vaikka kuntoutuksessa käytettäisiin kaikkia saatavilla olevia keinoja. Fysioterapeutille on myös haaste silloin, kun kuntoutujalla ei ole aikaisempia aktiivisia liikunnallisia itsestä huolehtimisen malleja. Kuntoutuja saattaa ajatella, että pelkkä kaupassa käynti kävellen on suurin mahdollinen panostus. Jo ulkoilu kävely-sauvojen kanssa voi olla kuntoutujan ajatuksissa ja kokemuksissa omasta yhteisöstä syrjäyttämisen syy. Silloin fysioterapeutilla tarjolla olevat aktiiviset menetelmät eivät vastaa kuntoutujan odotuksia. Useissa kulttuureissa on omaksuttu, että on olemassa jokin injektio, joka parantaa. Tällöin on jo iso haaste siinä, että asiakas ottaa itse vastuuta itsestään. (Tähkävuori 2015)

Terapeutin on annettava asiakkaalle riittävästi aikaa, jotta yhteinen työskentelytapa löytyy. Terapeutin tehtävänä on tarjota asiakkaalle tietoa erilaisista työskentely-mahdollisuuksista. Terapeutin on vältettävä määrittelemästä asioita asiakkaan puolesta silloinkin, kun asiakas ei itse tunnu löytävän sanoja asioidensa ilmaisemiseksi tai ei osaa ilmaista itseään. Terapeutin tehtävänä on kiireettömästi auttaa asiakasta määrittelemään asioitaan ja löytämään ilmaisukeinoja. (Kiviniemi ym. 2014. 24)

Usein asioista keskustellaan siten, että niistä muodostuu jonkinlaisia kertomuksia. Ongelman kartoittamisen yhteydessä on mahdollista rakentaa kertomus siitä, miksi asiakas on nyt siinä tilanteessa missä hän on tai mitä muutosta hän haluaa. Tällaiset kertomukset auttavat terapeuttia hahmottamaan ja löytämään erilaiset teot, näkemykset ja odotukset, jotka liittyvät kuntoutumiseen. Asiakas voi olla takertunut tai jumittunut sellaisiin kertomuksiin, jotka toimivat hänen kannaltaan lamauttavasti tai jopa tuhoavasti. Usein toistuvat ja samankaltaiset kertomukset kuvaavat asiakkaan tilannetta suhteessa tulevaisuuteen. Näiden avulla terapeutti voi havaita, että asiakkaan tulevaisuus voi olla hukassa tai hänen elämästään voi puuttua toivoa luova perspektiivi. Tällöin terapeutti voi auttaa rakentamaan kertomuksia, joissa on kaikesta kärsimyksestä huolimatta mukana toivo ja tulevaisuus. Terapeutti voi kiinnostua asiakkaan tulevista tapahtumista ja suunnitelmista. Ne voivat olla isoja tai pieniä tapahtumia, mutta merkityksellisiä kiinnostuksen kohteita kuten kasvien kasvatus tai kontaktit muihin

ihmisiin. Tällainen terapeutin kiinnostus tukee asiakkaan muutosta ja osallisuutta aktiiviseen arkeen ja elämään. Terapeutti osoittaa myös olevansa kiinnostunut siitä mihin asiakas on menossa. Tulevaisuuteen tähtäävä kertomus vahvistaa asiakkaan osallistumista omaan hoitoonsa ja oman identiteetin tunnistamista ja tiedostamista. (Kiviniemi ym. 2014. 78-79) Kidutuksen uhriksi joutuneen syyllisyydentunnetta voi lievittää toteamalla, että kidutettu on väkivallan uhri eivätkä kidutustilanteessa tehdyt omat valinnat ole tehneet uhrista syyllistä. (Ruuskanen 2007. 487)

Kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa on keskeistä myös asiakkaan koko sosiaalisen toimintaympäristön huomioon ottaminen. Tämä edellyttää toimivaa yhteistyötä eri viranomaistahojen kuten terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työvoimaviranomaisten kesken. Erilaiset toiminta- tai liikuntaryhmät ja kielikurssit voivat olla tärkeä osa kuntoutumista. Myös vähemmän kieleen sidoksissa olevista hoitomuodoista, kuten musiikki- ja kuvataideterapiasta, on saatu hyviä kokemuksia. Usein työpaikan saaminen vähentää huomattavasti psyykkistä oireilua. (Halla 2007. 473)

Maahanmuuttajapotilaiden kuntoutuksessa on hyötyä siitä, että työntekijät ovat aktiivisia ja antavat neuvoja kuntoutujan verkostolle. Yhteydenottoja viranomaisiin tarvitaan usein, koska esimerkiksi taloudelliset huolet tai erilaiset yhteistyöongelmat ja väärinkäsitykset viranomaisten kanssa voivat olla maahanmuuttajille hyvin kuormittavia ja psyykkistä oireilua aiheuttavia. Monien viranomaisten on vaikea ymmärtää maahanmuuttajien traumatisoitumisesta johtuvia oireita ja asiakkaat koetaan helposti hankaliksi tai vaikeiksi. (Halla 2007. 472) On tärkeää, että asiakkaan vointi ja traumasta johtuva oireilu tiedostetaan ja otetaan huomioon siinä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen verkostossa, johon asiakas kuuluu. Usein näiden mainittujen yhteistyöverkostojen työntekijät eivät tiedä miksi vuorovaikutus on vaikeaa, asiat jäävät kesken tai asiakas käyttäytyy normaalista poikkeavalla tavalla, joskus jopa ”räyhää” yrittäessään hoitaa asioitaan. Tällöin asiakkaan kanssa työskentelevän terapeutin rooli osana verkostoa on tärkeä ja yhteydenotoilla on iso merkitys esimerkiksi asiakkaan taloudellisen tilanteen tai terveystutkimusten eteenpäin viemisessä. (Carlsson 2015)

## 8 FYSIOTERAPIA

Useimmat kidutuksen uhriksi joutuneet haluavat ensin tietää kuinka paljon toinen heistä välittää, vasta seuraavaksi he ovat kiinnostuneita ja arvostavat sitä mitä menetelmiä auttaja voi käyttää. Kun piinaavat muistot ja kipu jatkuvat asiakkaan elämässä, terapeutti voi vain lievittää asiakkaan oloa. Jos asiakas on turvapaikan hakija tai jos hänen perheensä on jäänyt kotimaahan, hän saattaa uudessa maassa joutua elämään jopa vuosia tilanteessa, joka ylläpitää epävarmuutta ja tuntuu edelleen kidutuksen kaltaiselta kokemukselta. (Ruuskanen 2007. 487)

Fysioterapeutin tehtävänä on kartoittaa kipualueet ja liikuntakyvyn haitat. Usein asiakkaalla on suuri haaste pärjätä kivun kanssa ja olla aktiivinen kivuista huolimatta. Fysioterapeutin rooli on tärkeä juuri kivun lievityksessä ja kivun kanssa pärjäämisessä. Fysioterapeutin tulisi kertoa mitä hoito- ja kuntoutusmenetelmiä on käytettävissä. Hän myös ohjaa ja auttaa ymmärtämään kuinka fyysisellä aktiivisuudella voi lievittää kiputiloja. Kehon toiminnan ymmärtäminen edistää kuntoutumista. Fysioterapeutin ydinosaamista on objektiivisten havaintojen perusteella selvittää asiakkaan toimintakyvyn muutokset ja kartoittaa häiriöt nivelissä, lihaksissa ja hermostossa. Muutosten korjaamiseksi käytetään erilaisia aktiivisia ja passiivisia fysioterapian menetelmiä. Menetelmiä sovitetaan asiakkaan tilanteeseen sopivaksi ja saavutettuja muutoksia pyritään ylläpitämään. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 96 - 102)

Kidutuksen uhriksi joutuneen huonon suorituskyvyn syynä ovat nivelten liikerajoitukset ja yliliikkuvuudet. Selän, yläraajojen ja alaraajojen nivelet tulisi käsitellä sen mukaan onko niiden liikkuvuus liiallista tai liian vähäistä. Kun nivelen liikkuvuus on vähentynyt, hoitomenetelmät ja liikeharjoitukset tulisi valita liikelaajuuksien lisäämiseksi. Yliliikkuvien nivelten stabiloinnin menetelminä käytetään proprioseptistä neuromuskulaarista fasilitointia ja lihaksia vahvistavia harjoituksia. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 103)

Kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa on erityisen tärkeää välttää asetelmaa, jossa asiakas voi kokea joutuneensa alistettuun asemaan tai tilanteeseen, jossa hän menettää itsensä hallinnan. On hyvä kysyä sopiiko hänelle, että häntä koskettaa. On myös hyvä selvittää kuinka asiakas suhtautuu fysioterapeutin ehdottamien välineiden ja

menetelmien käyttämiseen. Keskustelu siitä, mitä asiakas ajattelee tarjolla tai kokeiltavana olevasta menetelmästä luo terapeutin ja asiakkaan välille tasa-arvoisen aseman ja asiakas on yhteistyössä aktiivinen. Samalla terapeutti myös antaa asiakkaalle mahdollisuuden valmistautua siihen mitä tapahtuu eikä toiminta tule yllätyksenä. (Carlsson 2015) Fysioterapian menetelmiä kannattaa valita harkitusti. Traktioremme tai sähköhoito heti hoitosuhteen alussa voi olla virhe, jota on vaikea korjata jälkeenpäin. Vasta kun luottamussuhde on kehittynyt, nämäkin keinot voi ottaa käyttöön. (Tähkävuori 2015)

## 8.1 Fysioterapiahuone

Kuntoutusjakson alussa, uuden asiakkaan kohtaamiseen valmistautuessa, on hyvä ottaa huomioon joitakin yksityiskohtia. Työskentelytilalla on merkitystä kuntoutumiselle. Terapiahuoneeksi kannattaa järjestää tila, jossa keskustelu voi tapahtua vapaasti ja häiriöttömästi, ja josta puhe ei kantaudu ulkopuolisten kuultaville. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 98) Kaikenlaiset hälyäänet, kuten radio, puhelimen soitto- ja viestitäänäet, häiritsevät vuorovaikutustilannetta. (Kiviniemi ym. 2014. 62) On tärkeää ottaa huomioon, että asiakas on ollut vankilassa tai vankeudessa. Jos fysioterapeutin huone on klininen ja ankea, kannattaa huonetta hieman sisustaa tauluilla, verhoilla ja viherkasveilla. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 98; Tähkävuori 2015) Liiallisesti stimuloivat yksityiskohdat saattavat häiritä ylivirittynyttä asiakasta. Neutraalisti sisustetussa tilassa on mahdollisuus keskittyä olennaiseen. (Kiviniemi ym. 2014. 62; Carlsson 2015). Toisaalta ajatuksia ja tunteita herättävässä ympäristössä voi päästä nopeastikin käsittelemään potilasta ahdistavia ja pelottavia asioita. (Kiviniemi ym. 2014. 62) Traumatisoituneen havaintokyky on usein kaventunut. Sisustuksellisten elementtien avulla asiakkaan huomion voi saada palautettua nykyhetkeen. Terapeutti voi tarvittaessa pyytää asiakasta katsomaan vaikkapa kukkaa ja näin ohjata käyttämään ympäristön yksityiskohtia vakauttamisen keinona. (Carlsson 2015; Tähkävuori 2015)

Koska kidutuksen uhriksi joutunut usein kärsii pääkivusta ja reagoi kirkkaaseen valoon, on valaistuksen hyvä olla säädettävissä himmeäksi esimerkiksi pöytälampan ja verhojen avulla. Plintin päälle olisi hyvä asettaa vaikkapa värikäs huopa, koska plintti voi muistuttaa kidutuspenkistä. Kannattaa myös kysyä asiakkaalta, kuinka hän suhtautuu plintin käyttöön, ennen kuin hänet pyytää asettumaan sille. (Jacobsen & Smidt-Nielsen

1997. 98; Carlsson 2015) Aina ei ole tiedossa onko asiakasta kidutettu sähkölaitteilla. Hän on selviytymiskeinona saattanut hävittää asian tietoisesta muististaan. Työtilassa ei kannattaisi olla esillä elektronisia hoitolaitteita. Monet asiakkaat saattavat hyväksyä myös sähköisten hoitolaitteiden käytön tutun ja turvallisen terapeutin käyttämänä. Tällöinkin fysioterapeutin kannattaa aina demonstroida laitteen käyttöä. Sähköisiä hoitolaitteita käytettäessä fysioterapeutin täytyy olla erityisen tietoinen kidutuksen uhriksi joutuneen reaktioista. Jos asiakas reagoi nopeutuneella hengityksellä, hikoilulla tai tärinällä, hoito tulee keskeyttää välittömästi. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 98)

## 8.2 Arviointimenetelmät

Arvioinnilla pyritään selvittämään kuntoutujan tilanteesta mahdollisimman luotettavaa tietoa. Saatua tietoa käytetään fysioterapian suunnittelussa, terapian vaikutusten arvioinnissa ja muutosten seuraamisessa. Toimintakyky kuvaa henkilön selviytymistä tehtävästä. Suorituskykyä tarkastellaan toiminnan aiheuttamana muutoksena elimistössä. Toimintakyvyn mittauksilla selvitetään yksilön kykyä liikkua ja huolehtia omista perustarpeistaan. Arvioinnin yhteydessä fysioterapeutit käyttävät havainnoinnin lisäksi erilaisia mittauksia. Mittauksien avulla hankitaan luokiteltua tai numeerista tietoa jostain toiminta- tai suorituskyvyn osa-alueesta, kuten henkilön suoriutumisesta tasapainotestissä tai hänen hapenottokyvystään. (Talvitie ym. 2006. 119) Krooninen kipu aiheuttaa sensorisia ja motorisia muutoksia. Sensoristen kehonhahmottamis- häiriöiden aiheuttamille muutoksille on olemassa testejä. Motoriset muutokset näyttäytyvät liikekontrollin häiriönä, propriaseptiikan sekä koordinaation heikentymisenä. (Luomajoki 2015. 53)

Kidutuksen uhriksi joutuneen arvioinnissa kannattaa ottaa huomioon uudelleen traumatisoinnin riski (Carlsson 2015). Tutkimistilanteessa voi tapahtua hallitsemattomia vireystilan vaihteluja, joten arviointitilanteeseen kannattaa varata reilusti enemmän aikaa, kuin mitä sellaiseen tyypillisesti tarvitaan. Arvioinnin ja tutkimisen keinoista kannattaa kertoa etukäteen ja niitä on hyvä demonstroida aina kun se on arvioinnin kannalta mahdollista ja järkevää. Arviointivaiheessa tasa-arvoinen vuorovaikutus, kokemuksista ja mielipiteistä kysyminen ja jakaminen, on tärkeää luottamuksen ja turvallisuuden tunteen luomiseksi.

Kidutustrauman aikana asiakas on saattanut olla alasti. Alastomuus on osa kidutusta ja nöyryytystä. Asiakas on saatettu pakottaa riisuutumaan muiden vangittujen ja kidutettujen edessä. Jotta kuntoutusprosessi alkaisi mahdollisimman hyvässä yhteistyössä, kannattaa riisuutumista kehottaa harkitusti. Jos tutkimisen ja hoidon kannalta on välttämätöntä paljastaa keho, sen voi tehdä alue kerrallaan niin, että vaikkapa paita voi vielä osittain suojata ylävartaloa. Myös asiakkaan uskontoon ja kulttuuriin liittyviä tapoja täytyy kunnioittaa. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 98)

Norjalaisen Berit H. Bunkanin kehittämä menetelmä Norjalainen psykomotorinen fysioterapia perustuu teoriaan psyyken ja sooman vuorovaikutuksesta. Voimavara-lähtöisen psykofyysisen fysioterapian yhtenä osana on fysioterapeutin tekemä objektiivinen arvio asiakkaan yksilöllisistä kehon reaktiomalleista. Esimerkiksi asiakas saattaa olla luovuttanut, eristäytynyt, haavoittunut, masentunut ja vuorovaikutuksessa heikko. Fyysisesti tällaiset reaktiomallit voivat näyttäytyä lihasten hypotoniana ja paradoksaalisena hengityksenä. Asiakas voi olla sulkeutunut, josta usein seuraa tunteiden, kuten surun, vihan, pelon, syyllisyyden ja häpeän tukahduttaminen. Passiivisuuteen lukkiutuminen saattaa fyysisesti näkyä voimakkaina vegetatiivisina reaktioina ja lihasten hypertonusuutena. Tällöin lihakset ovat hyvin jännittyneet ja kipeät. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 101)

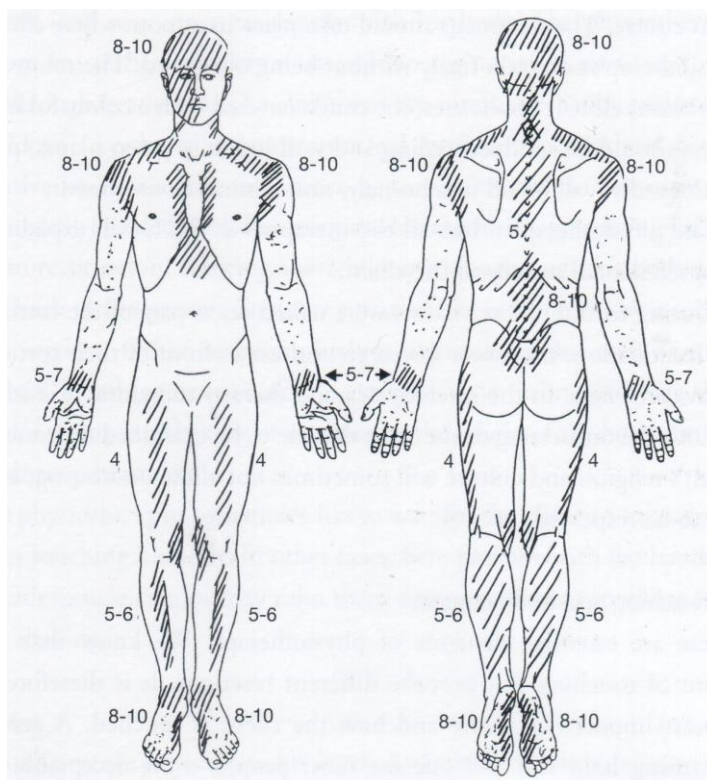
Bunkanin kehittämä voimavarasuuntainen kehon arviointimenetelmä keskittyy kehon liikemalleihin ja liikelaajuuksien joustavuuteen sekä liikkeiden loppujoustoihin, hengitystapaan, ryhtiin, alustan kontaktiin ja painovoiman vaikutukseen seistessä, istuessa, makuulla ja liikkuesssa. Bunkanin menetelmä soveltuu hyvin kidutuksen uhriksi joutuneen arviointiin, sillä sen avulla voi arvioida asiakkaan kehonosien yhteyttä toisiinsa erilaisten kidutusmenetelmien jälkeen, kuten vaikkapa yläraajojen toimintaa ripustamisen jälkeen tai jalkojen kontaktia alustaan falanga -menetelmän jälkeen. Menetelmän avulla voi arvioida kehon elastisuutta ja kykyä rentoutua sekä lihasten voimaa ja vahvuutta. Menetelmässä havainnoidaan myös vegetatiivisia reaktioita kuten kykyä lisätä hengityskapasiteettia tai tuntea kylmää. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 101-102)

Kuntoutujan joustavuuteen ja kykyyn mukautua tilanteissa liittyy valmius ja avoimuus sekä fyysisille että psyykkisille muutoksille. Objektiiviset havainnot arvioidaan kokonaisuutena. Havainnoinnin kohteena ovat muutokseen sopeutuminen, emotionaalisesta kontrollista irti päästäminen, spontaanisuus ja henkilökohtaisten

emotionaalisten ja fyysisten rajojen tiedostaminen. Havainnoista tehdään muutosprosessin lähtökohta. Arvioinnin tarkoitus on selvittää miten haastavaa asiakkaalle on aloittaa muutosprosessi ja millaiset mahdollisuudet muutoksille on olemassa. Havainnointien avulla myös tunnistetaan asiakkaan voimavaroja. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 102) Omassa työssäni kuntoutujan liike- ja toimintakyvyn alkuarvio voimavarasuuntaisella kehontutkimisen menetelmällä on auttanut valitsemaan tilanteeseen sopivia harjoituskokonaisuuksia ja yksilöllisiä variaatioita. Tutkiminen on toiminut motivoinnin keinona.

### 8.3 Kipupiirros

Ensimmäisessä tapaamisessa fysioterapeutti tyypillisesti pyytää asiakasta merkitsemään kipualueet kipupiirrookseen (kuva 6). Tällöin asiakas ilmaisee kehossa olevia kipualueita ja kuvailee kipuja. Kidutuksen jälkeen kehon tuntemuksina voi olla esimerkiksi tunnottomuutta, irrallisuutta, raskautta ja kihelmöintiä. Kidutuksen uhriksi joutunut voi kokea olevansa kehonsa ulkopuolella tai jopa kokevansa, ettei kuulu



KUVA 6. Tyypillinen kidutuksen uhriksi joutuneen kipupiirros. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997, 97)



kehoonsa. Myös tällaiset piirteet ilmaistaan kipupiirroksessa. Kivun voimakkuuden mittarina käytetään Visual Analogue Scale (VAS) tai Numeric Rating Scale (NRS) mittareita. Asiakas merkitsee piirroksessa kivun voimakkuuden kipualueen viereen. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997, 96-97; Koho. 2015)

Kivun intensiteettiä kysytään tämänhetkisenä voimakkuutena. Lisäksi kuntoutujaa pyydetään arvioimaan kuinka voimakas kipu on ollut pahimmillaan ja lievimmillään viimeisen viikon aikana. (Koho 2015) Usein kidutuksen uhrilla kivut ovat kuntoutusjakson alussa merkittävän voimakkaita. Esimerkiksi pääkipu voi olla tasoa 8-10, samoin alaraajojen ja selän kivut. Kuntoutusjakson puolivälissä ja päättyessä asiakasta pyydetään merkitsemään kipualueet uudelleen kipupiirrokseen. Tämä auttaa asiakasta havaitsemaan muutoksen alkutilanteeseen verrattuna. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 98)

#### **8.4 Kosketus ja hieronta**

Fysioterapeutti Irma Tähkävuoren (2015) mielestä kädet ovat tärkeimmät työvälineet. Käsien välityksellä fysioterapeutti välittää turvallista kosketusta, kuntoutuja löytää luottamuksen tunteen ja saa kokemuksen turvallisesta toisesta ihmisestä. Kidutuksen uhriksi joutuneelle on merkityksellistä se, ettei toinen ihminen aiheuta pelkästään kipua. Asiakkaan palaute kuten kuvaukset ”kultaisista” tai ”siunatuista” käsistä kertovat kuinka merkityksellistä kosketus on. Carlssonin (2015) mukaan kosketus rauhoittaa. Levollisessa ilmapiirissä kosketukseen ja hierontaan yhdistettynä kiireetön keskustelu ovat keinoja parantaa asiakkaan olotilaa.

Kosketus on olennainen osa fysioterapiaa. Sillä on tärkeä rooli asiakkaan ja fysioterapeutin vuorovaikutuksessa. Erilaiset kosketuksen tavat provosoivat erilaisia reaktioita. Siksi on erityisen tärkeää tiedostaa millä tavalla ja mitä kehon osia voi koskettaa. Pehmeä, ystävällinen, vakuuttava ja kannatteleva kontakti tuntuu useimmille ihmisille turvalliselta ja hyväksyttävämmältä kuin heikko ja hapuileva kosketus. Samoin hieronnassa ja liikeharjoituksissa liikkeen rytmi ja tempo valitaan tavoitteen mukaisesti. Rauhallinen rytmi helpottaa kipua. On myös hyvä tiedostaa, että nopea rytmi voi stimuloida ja provosoida kipua. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 98-99)

Kun fysioterapeutti käsittelee vaikkapa asiakkaan jalkoja, saattaa asiakas spontaanisti kertoa tilanteesta, jolloin häntä oli hakattu jalkapohjiin. Tällöin hän voi kuvailla kipuja ja tuntemuksia, joita oli traumatilanteessa. Asiakkaan kokemus saattaa tulla esille myös pelkkinä kehollisina reaktioina. Kun asiakkaalla on dissosiaatioreaktio, on terapeutin odotettava kunnes asiakas palautuu ja rauhoittuu. Rauhoittuminen voi tapahtua terapeutin turvallisella ja vakaalla otteella. Tärisevien ja kramppaavien lihasten painelu tasaisella kämmenellä voi auttaa asiakkaan palautumista läsnäoloon, rauhoittumiseen ja turvallisuuden tunteeseen. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 99)

Kidutuksen uhriksi joutunut kuvailee usein eniten lihaskipuja. Tyypillisesti asiakkailla on myofaskiaalisia kipupisteitä. Näitä hoidetaan hieronnalla ja pehmeillä venytyksillä. Pitkät, vahvat sivelyt rentouttavat koko kehoa. Hieronnalla on yleinen kipua lievittävä vaikutus ja se parantaa kudosten verenkiertoa. Nystypallolla käsittely on hyvä lisä hieronnan jälkeen. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 103)

Sellaiset asiakkaat, jotka eivät ole tietoisia kehoistimuksista, voivat käyttää itsensä koskettamista parantamaan aistimiskykyä. Asiakas voi hieroa käsivartta, puristella reittä ja puristaa käden nyrkkiin, jonka jälkeen hän voi verrata aistimusta käsivarteen tai nyrkkiin, jossa kosketusta tai liikettä ei ole ollut. (Ogden ym. 2009. 227-232) Kosketus on erityisen hyödyllistä palauttaessa kehoistimuksia tai parannettaessa tietoisuutta kehoistimuksista. Fyysinen kosketus aktivoi ihon pinnalla olevat hermopäät, jolloin aistimukset voimistuvat. Jos asiakkaalla on taipumus menettää yhteys kehoon tai hän ei ole juurikaan tietoinen kehoistimuksista, asiakkaan opastaminen koskettamaan tiettyä aluetta itsessään kuten niskaa, hartioita, vatsaa, voi auttaa palauttamaan kehotietoisuutta. Kun asiakasta kehotetaan havainnoimaan kehoa ennen koskettamista, asiakas kehittää huomioivan läsnäolon taitojaan sekä kykyään havaita kosketuksen vaikutuksia. (Ogden ym 2009. 208 - 209) Kosketuksen avulla fysioterapeutti antaa asiakkaalle mahdollisuuden oppia paremmin tuntemaan keho kokonaisuutena. Hierontaa tehdessään fysioterapeutti myös tunnistaa mitä asiakkaan kehossa tapahtuu. Kun fysioterapeutti pukee havaitsemiaan tuntemuksia sanoiksi, kertoo mitä käsien kautta tuntee ja kysyy, tunteeko hierottava samaa, rakentuu vähitellen yhteinen kieli niille tuntemuksille ja muutoksille, joita asiakas ei ole kyennyt aikaisemmin kuvailemaan. (Tähkävuori 2015)

## 8.5 Kehotietoisuus

Jotkut kidutuksen uhriksi joutuneet eivät ole tietoisia joistakin kehonosistaan. Esimerkiksi jalat voivat olla tunnottomat falangan seurauksena tai käsivarret sitomisen seurauksena. Kidutuksen uhriksi joutuneella voi olla myös kyvyttömyys tiedostaa kehoaan tai kehon kuva on vääristynyt. Tällöin hänelle voi ohjata erilaisia tuntoaisteja stimuloivia harjoituksia auttamaan kehon tiedostamista. Ihon tuntoaistia voi stimuloida pitkällä, rauhallisilla sivelyillä tai painalluksilla. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 104 - 105) Pienvälineet kuten nysty- ja pilatespallo, maalaustelat ja pensselit ovat hyviä apuvälineitä stimuloimaan tuntoaistia. (Tähkävuori 2015)

Maadoittumiseksi kutsutaan sellaista fyysistä harjoitusta, jossa ollaan tietoisia jaloista ja jalkateristä, niiden painosta ja yhteydestä alustaan. Harjoituksessa havainnoidaan alustan antamaa tukea. Tavoitteena on tuntemus sekä fyysisestä että psyykkisestä lujuudesta ja vakaudesta. Seistäessä painoa siirretään päkiöiden, kantapäiden ja jalan syrjien välillä ja lopuksi kehon paino lasketaan koko jalkaterälle. Polvien lukkiutuneen ojennuksen pehmentäminen, painonsiirrot jalkaterien välillä ja kokemus painon tasoittumisesta molemmille jalkaterille auttavat aistimaan painovoiman vaikutusta. Sellaiset asiakkaat, jotka eivät kykene aistimaan jalkojaan ollenkaan, voivat parantaa aistimiskykyään jalkojen tömistelyillä. (Ogden ym. 2009. 231 - 232)

Kidutuksen uhriksi joutunut tietää tarvitsevänsä rentoutumisen keinoja, mutta vakauttavassa vaiheessa olevalla asiakkaalla ovat yli- ja alivireystilan vaihtelut usein suuria ja hallitsemattomia. Sekä havaintojeni että asiakkailtani saamani palautteen perusteella rentoutumisen tavoittelu paikallaan ja liikkumattomana voi johtaa mielen hallitsemattomuuden kokemukseen. Rentoutuessa muistikuvat ja takaumat nousevat helposti esille eikä harjoitus toimi odotetulla tavalla. Sen sijaan kehotuntemuksen vahvistaminen kehon ääriviivojen kokemisen harjoituksilla ovat lähes poikkeuksetta tuoneet turvallisuuden tunnetta ja sen myötä myös jännittyneisyyden vähentymistä. Avustetuissa kehontuntemuksen harjoituksissa pienvälineillä kuten pallolla ja isolla pensselillä tai pienellä maalaustelalla käydään läpi kehon alueita rauhallisella liikkeellä ja sopivan vahvalla paineella. Harjoitusta tehdessään asiakas valitsee itselleen sopivan asennon. Hän voi istua tai maata mahdollisimman mukavasti. Harjoituksen aikana asiakkaan kuunteleminen ja reaktioiden havainnointi on tärkeää.

Kuntoutuksen yksi tehtävä on kehoistimusten palauttaminen. Asiakkaalla voi olla kokemus, että koko maailma tuntuu turvattomalta. Tämä voi johtua trauman aiheuttamista vääristä kehoallista hälytysreaktioista. Uskomukseen liittyvien kehoallisten aistimusten tunnistaminen voi auttaa erottamaan fyysiset aistimukset niitä vastaavista uskomuksista. Tällöin aistimuksen merkitys ja tulkinta voi muuttua, mikä edistää kuntoutujan vointia. Monet traumatisoituneet asiakkaat eivät kykene kuvailemaan aistimuksiaan sanallisesti. Tällöin opetetaan kehoistimusten sanastoa: tahmea, sähköinen, kireä, turtunut, kihelmöivä, värähtelevä jne. Asiakas voi kertoa, että häneen sattuu, mutta hän ei kykene erottamaan kipua tuntemuksina. Tällöin terapeutti voi kysyä millaisesta kivusta on kyse, onko kipu lievää, voimakasta, särkevää, halvaannuttavaa tai pistelevää ja tuntuuko kipu sisäänpäin tai ulospäin suuntautuvana paineena. Näin terapeutti tarjoaa sanavalikoimaa ja herättää asiakkaan mielenkiinnon kehoistimusten kieltä kohtaan. Tällainen työskentely auttaa laajentamaan aistimiskykyä ja työstämään fyysisiä tuntemuksia. Asiakas voi oppia kuvailemaan aistimuksiaan sekä kehon ja tunteiden välistä yhteyttä kielellä, joka viittaa enemmän fyysisiin aistimuksiin kuin tunteisiin. (Ogden ym 2009. 225-227)

Monet sellaiset asiakkaat, joilla kehotietoisuus on puutteellinen, eivät kykene käyttämään kehopalautetta asennon tai liikkeiden aistimiseen tai havainnointiin. Tällöin terapeutti voi toimia "peilinä" tai mallina. Terapeutti voi havainnollistaa kehoallisen voimanlähteen puuttumista. Hän näyttää vaikkapa ojentuneen ryhdin ja vertaa sitä romahtaneeseen asentoon. Kehoallisten voimanlähteiden havainnollistamisesta voi olla hyötyä, koska se laukaisee katsojan "peilineuronit", jotka aistivat täsmällisesti ne liikekuviot, joita havainnoitsija käytti. Vaikutus saattaa olla lähes sama kuin itse tekisi liikkeen. (Ogden ym 2009. 220)

Traumasta kärsivä voi myös uskoa, että hänen huono vointinsa johtuu jännityksistä, jotka asiakas kokee nykyisissä vuorovaikutustilanteissa. Traumatisoitunut saattaa yhdistää kehoistimuksen, vireyden häiriötilan ja tunteet samaan jännittyneisyyteen, joka johtuu traumamuistoista. Tällöin terapeutti voi auttaa tunnistamaan vireyden häiriintymisestä johtuvia aistimuksia niin, että asiakas tunnistaa yli- ja alivireyden ennakoivat kehoalliset merkit ja traumaärsykkeiden laukaisemat aistimukset. Tavoitteena on erottaa muistojen aiheuttamat reaktiot kokemuksista, jotka eivät liity traumaan. (Ogden ym. 2009. 225)

Sensomotorisessa psykoterapiassa työskennellään yksilön fyysisen toiminnan ja sen merkityksen alueella. Toimitaan niin sanotusti alhaalta eli kehosta ylöspäin, kognition suuntaan. Fyysiset toiminnot edistävät paluuta sopivalle vireysvyöhykkeelle. Asiakas oppii käyttämään kehon liikkeitä, aistimuksia ja asentoja tilansa vakauttamiseen sekä parantamaan arkitoimien sujumista. Tässä tavassa merkityksen antaminen seuraa fyysistä kokemusta, missä suhteessa menetelmä poikkeaa 'ylhäältä alas' -menetelmästä. Kokemus toiminnasta herättää kognitiivisen itsetarkastelun. Kehollisen harjoituksen avulla asiakas voi saada kokemuksen ja sitä kautta myös ymmärryksen, että hänellä on esimerkiksi oikeus puolustautua, kun hän tekee käsillään torjuvan liikkeen tai hän voi pyytää muilta apua, kun hän kurottautuu kohti (Ogden ym 2009. 214-215).

## 8.6 Liikeharjoitukset ja voimaharjoittelu

Fysioterapeutin ohjauksessa asiakas vähitellen oppii tunnistamaan lihasten jännittyneisyyden ja kuinka lihasten kireyden voi vapauttaa. Jännittyneisyyden vähentäminen normalisoi hengitystä sekä vähentää stressiä ja ahdistusta. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 101) Terapeutin tehtävä on myös rohkaista asiakasta löytämään sellainen tapa liikkua, joka tuntuu hyvältä. Huomioivassa läsnäolossa tehdyt liikkeet parantavat aistimiskykyä. Liikkuminen voi olla joillekin asiakkaille helppo tapa tutkia kehotuntemuksia. Samalla, kun asiakas kävelee, liikuttaa raajojaan tai taivuttaa vartaloa, häntä ohjataan havainnoimaan tuntemuksia nivelissä ja lihaksissa. (Ogden ym 2009. 226 - 227) Liikeharjoitusten avulla fysioterapeutti myös ohjaa normaaleja ja luonnollisia liikemalleja. Kidutuksen uhriksi joutuneella voi olla kokemus siitä, että ”hengitys ei kulje”. Tällöin liike ja hengitys ohjataan tapahtuvat yhdessä. Asiakas saa kokemuksen siitä, että hengitystä voi säädellä. Hän rauhoittuu ja samalla luottamuksen siitä, että hengitys ”ei koskaan jätä”. (Tähtävuori 2015) Fysioterapeutin erilaiset fyysiset ja toiminnalliset keinot auttavat kuntoutujaa tiedostamaan ja luottamaan omaan toimintakykyynsä (Carlsson 2015). Ergonominen ohjaus on tärkeä osa kuntoutusta. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 106)

Tasapainoa ja liikkeen koordinaatiota voi harjoitella eri perusasennoissa kuten seisten, istuen ja makuulla. Jos kehon painopisteen kannattelu on muuttunut, on tärkeää, että asiakas ohjataan tuntemaan hyvä ja vahva kontakti alustaan. Harjoituksen menetelminä ja välineinä voi käyttää terapiapalloa, erilaisia pallopelejä, hyppelyä trampoliinilla,

tasapainolaudoilla harjoittelua, ylä- ja alaraajojen ristikkäisillä harjoituksilla sekä musiikin mukaan liikkumista ja tanssimista. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 103 - 104) Pienvälineiden avulla tehtävät liikeharjoitteet ja kuntosalilaitteilla tehtävä voimaharjoittelu ovat hyviä menetelmiä kehon tiedostamiselle. Ohjatun ja kevyen voimaharjoittelun avulla asiakas oppii tunnistamaan jännittyneen ja rennon lihaksen välisen eron. (Tähkävuori 2015)

Kidutuksen uhriksi joutuneet kuntoutujat väsyvät nopeasti. Ylivireyden aiheuttama kehollinen kuormitus aiheuttaa lihasten vapinaa ja värinää. Kuntoutujalla on saattanut ennen traumatisoitumista olla hyvinkin urheilullinen tausta, mutta trauman aiheuttavat oireet alentavat liikemotoriikkaa ja kuormituksen sietoa. Voimaharjoittelu on tärkeä aloittaa lyhytkestoisena. Etenkin ensimmäisillä kerroilla ohjataan tekemään harjoitteet hyvin matalilla vastuksilla ja lyhyillä sarjoilla, jottei asiakas koe harjoittelua epämiellyttäväksi. On tärkeää, että motoriselle oppimiselle on riittävästi aikaa.

Monipuoliset liikeharjoitukset ja monet liikuntalajit soveltuvat hyvin kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutukseen. Fysioterapeutti voi käyttää itselleen tuttua liikuntalajia ja kertoa asiakkaalle omia lajiin liittyviä kokemuksia. Asiakkaalle uusien lajien esittely ja tutustuttaminen kannattaa aloittaa pieninä annoksina ja hitaasti edeten. Asiakkaat ovat yleensä hyvin uteliaita ja innostuvat tutustumaan monipuolisiin harjoituksiin, mutta pitkäjänteisyys puuttuu ja kiinnostus lopahtaa nopeasti. Siksi laajasta tarjonnasta ja erilaisista vaihtoehdoista on etua. Dynaamisissa tasapainoharjoituksissa ja kevyissä voimaharjoituksissa on otettava huomioon asiakkaan fyysiset rajoitukset ja kiputilat. Laji tai menetelmä tulee siis valita asiakkaan toimintakykyyn ja mieltymyksiin sopivaksi. Venyttely ovat tärkeä osa omaehtoista kehonhuoltoa ja erittäin hyvä kehontuntemusta parantava menetelmä.

Klemolan (2014. 10), Jalamon, Mähösen ja Mikkosen kehittämä Asahi on osoittautunut hyväksi psykofyysiseksi harjoitteeksi kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa. Asahin liikeperiaatteita ovat kehon pystylinjaus, koko kehon laajuinen liike, liikkeen sisäinen kuuntelu ja kontrolli, hengityksen ja liikkeen yhteys sekä liikkeen sisäinen ja ulkoinen laatu. Näiden periaatteiden avulla asiakas voi oppia kehon optimaalista asentoa, hyvää pystylinjausta, hyvää ergonomiaa, yleistä rentoutta, liikkeenhallintaa ja tasapainoa. (Klemola 2014. 91) Useimmat asiakkaistani ovat ottaneet Asahin

liikeharjoitukset hyvin vastaan ja osalla ne ovat päivittäisinä harjoituksina. Asahin perusliikesarjassa on sopivan monipuolisia ja haastavia liikkeitä niin, että ne tasapainottavat vireystilaa ja vapauttavat lihasten jännityksiä.

Allasterapia on erinomainen kuntoutuksen menetelmä kidutuksen uhriksi joutuneille. Monelle asiakkaalle vesi on kuitenkin täysin uusi liikkumiseen liittyvä elementti. On myös huomioitava, että ainakin submarine –kidutuksen kokenut asiakas todennäköisesti pelkää vettä. Veteen ja allasterapiaan totuttelu vähitellen auttaa poistamaan pelon. Lämpimässä vedessä tapahtuva liikeharjoittelu lämmittää lihakset ja nivelet. Keho tuntuu rentoutuneelta ja kevyeltä vedessä olemisen jälkeen. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 105-106)

## 8.7 Ryhmä

Ryhmäterapian avulla kuntoutujat tottuvat tekemään liikeharjoituksia, lihaksia vahvistavia harjoituksia ja venyttelyharjoituksia yhdessä muiden kuntoutujien kanssa. (Jacobsen & Smidt-Nielsen 1997. 106) Ryhmän suunnittelu lähtee aina kuntoutujien tarpeista. Tarpeet määritellään ryhmätoiminnan alussa. Ennen ryhmään osallistumista, on hyvä tutustua kuhunkin osallistujaan ja keskustella kunkin osallistujan terveydentilasta, liikkumiskokemuksista ja omista tavoitteista. Ryhmää suunnitellessa ohjaajan on tehtävä kompromisseja. Ryhmän sisällöstä, tarkoituksesta ja tavoitteista on siis keskusteltava myös kunkin kuntoutujan kanssa. Ryhmää ohjattaessa on otettava huomioon turvallisuus, jatkuvuus ja kunkin liikkujan motivaatio oman harjoittelun ylläpitämiseksi. Säännöllisesti toteutuvassa ryhmässä ohjaajalla on aikaa muodostaa kokonaiskuva ja mahdollisuus ottaa myös osallistujat mukaan suunnitteluun. Ryhmän ohjelman tavoitteet voivat painottua kognitiivisiin, sosioemotionaalisiin tai psykomotorisiin tavoitteisiin. Kognitiiviset tavoitteet ovat tiedollisia ja ajatteluun liittyviä. Niissä painottuvat esimerkiksi liikkumisen ja oman terveyden välisten yhteyksien tunnistaminen, sekä asenteiden muuttuminen liikuntaa kohtaan myönteisemmäksi. Sosioemotionaalisia tavoitteita ovat osallistujien välinen myönteinen ilmapiiri ja positiiviset elämykset, yhdessäolo ja toisten huomioon ottaminen. Psykomotorisia tavoitteita ovat liikkumistaidot ja fyysinen suorituskyky. (Kettunen, Kähärä-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009. 129-130)

Kelan avoterapiastandardien mukaisesti yhden terapeutin ohjaamassa ryhmässä on 3-5 osallistujaa (Kansaneläkelaitos. 2015. 30). Ryhmän kokoa ja sisältöä suunniteltaessa on otettava huomioon, että kidutuksen uhriksi joutuneella on vireystilahäiriöiden takia riski saada negatiivisia kokemuksia ryhmässä olemisesta. On tärkeää, että ryhmään osallistujalla on tilaisuus ja mahdollisuus kertoa kokemuksistaan joko ryhmää ohjaavalle fysioterapeutille tai kenelle tahansa muulle moniammatillisen kuntoutustiimin jäsenen. Tarkkaavainen fysioterapeutti voi hyödyntää ryhmässä tekemiään havaintoja yksilöterapiassa. Moniammatillisen kuntoutustiimin jäsenen on hyvä olla kiinnostunut ryhmässä olleista kokemuksista ja vaikkapa kuntoutujan sosioemotionaalisista taidoista.

## **8.8 Kotiohjeet**

Kuntoutuja hyötyy kotiharjoitteista, joita hän tekee omassa elinympäristössään. Terapiassa harjoiteltujen voimanlähteitä vahvistavien keinojen käyttö vakiintuu säännöllisellä harjoittelulla. Asiakas raportoi kotiharjoittelustaan vastaanotolla. Näin asiakas kehittää vakauttamisjärjestelmäänsä ja parantaa kykyään osallistua arkielämäänsä. (Ogden ym. 2009. 239) Osa vastaanotolla tai ryhmässä tehdyistä harjoitteista ja kuntosaliohjelmista on hyvä antaa kuntoutujalle kuvallisina ohjeina. Paperilla annettujen ohjeiden lisäksi voi käyttää kuntoutujan oman matkapuhelimen valokuvaus-, videointi- ja äänitysominaisuuksia. Myös netissä olevasta aineistosta löytyy käyttökelpoista materiaalia, joka kannustaa ja motivoi asiakasta säännölliseen omatoimiseen harjoitteluun. Mielenterveysseuralla on laaja sivusto, joka sisältää muun muassa maahanmuuttajille suunnattuja harjoituksia. Selkäkanava -niminen sivusto tarjoaa helposti seurattavia liikeharjoituksia. Kotiharjoitusten tavoitteena on kannustaa kuntoutujaa omaksumaan liikkumisen ja liikunnan osaksi elämäntapaa ja hyvinvointia.



## 9 TAPAUSESIMERKKI

Tapausesimerkkinä on vuonna -66 syntynyt mies, jonka asiakkuus kuntoutuspalveluissa alkoi vuonna 2010, jolloin kuntoutuja oli turvapaikanhakijana. Kuntoutuja sai oleskeluluvan vuonna 2011. Kuntoutuja oli ollut kotimaassaan sodan aikana vangittu. Vangittuna ollessa häntä oli kidutettu usein. Kuntoutujan vanhemmat olivat kuolleet, kun kuntoutuja oli ollut teini-ikäinen. Lapsuudesta hän muistaa vain vähän iloisia asioita. Aikaisempien kirjaamisten perusteella kuntoutuja oli ollut kotimaassa psyykkisesti terve. Tänä vuonna fysioterapiassa tuli esille myös omatoiminen mielialalääkkeiden käyttö. Kuntoutujan mukaan hän oli ”käyttänyt mitä oli sattunut kotimaassa apteekista saamaan”.

Vuonna 2010 kuntoutujan olemus oli ensimmäisellä lääkärin tapaamisella ollut ”ikäistään vanhemman oloinen, ahdistunut mies. Käsissä vapinaa, huokailee, synkkäilmeinen, istuu etukumarassa”. Eri lääkäreiden merkinnöissä toistuu kuvaus hyvin kontaktissa olevasta, mutta jännittyneestä potilaasta. Kuntoutujassa oli havaittavissa hetkittäistä läsnäolon heikentymistä, keskittymiskyvyn vaikeuksia, totisuutta ja ilmeetöntä olemusta. Kuntoutuja oli kertonut voivansa erittäin huonosti eikä hän uskonut minkäänlaiseen tulevaisuuteen. Tällöin myös vaimo ja koko perhe olivat huonovointisia. Sittemmin vaimon ja lasten vointi on normalisoitunut. Vuoden 2014 alussa lääkärin kirjauksessa merkkejä muutoksesta parempaan suuntaan, mutta kuntoutujan itse kokema vointi ei ollut muuttunut.

Suomessa kuntoutujalle on diagnosoitu vaikea-asteinen, kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö, vaikea-asteinen masennustila, verenpainetauti, polvinivelrikko ja laaja-alainen kipuoireyhtymä. Lisäksi oli todettu vasemman pikkuaivoinfarktin jälkitila ja epäily ajoittaisesta realiteettien pettämisestä. Vuonna 2012 oli myös Parkinsonin taudin epäily, johon oli kokeiltu lääkitystä.

Kuntoutuja oli todennut jo ensimmäisellä käynnillä vuonna 2010 selkäkipujen olleen pitkä-aikaisia. Ne olivat kestäneet jo neljä tai viisi vuotta. Kuntoutuksen alussa selkäkiput olivat nostaneet mieleen menneisyyden vaikeita muistoja. Vuonna 2012

MRI-kuvauksella oli todettu muutoksia rangassa, juuriaukkojen kaventumista ja välilevypullistumia. Kivut oli kuitenkin todettu enemmän psyykkisperäisiksi kuin somaattisiksi. Tutkimusten perusteella oli suositeltu konservatiivista hoitolinjaa.

Kidutettujen kuntoutuspalveluissa ensimmäisenä vuotena fysioterapia oli toteutunut 5 kertaa. Vuosina 2011-2013 fysioterapiaa oli ollut keskimäärin 15 kertaa vuodessa. Tällöin kuntoutukseen oli kuulunut myös psykiatrisen sairaanhoitajan keskusteluterapia. Lisäksi kuntoutuja oli osallistunut ryhmämuotoiseen toimintaan. Vuonna 2012 kuntoutujan vointi oli huonontunut. Päivittäisiä kipuja oli sekä selässä että alaraajoissa, erityisesti polvissa ja lonkissa. Pääkipu oli ollut luonteeltaan pistävää ja jyskyttävää. Yläselkäkipu oli säteillyt vartalon etupuolelle. Liikkuminen ja istuminen oli ollut vaikeaa. Kuntoutuja oli arvioinut kivun voimakkuudeksi NRS tasoa 6-7. Lääkkeillä kipu oli vähentynyt NRS-tasolle 4-5. Lisäksi oli esiintynyt yleistä voimattomuutta. Dissosiaatio-oireita oli ollut 4-5 kertaa vuorokaudessa, kestoaltaan 10 minuutista useisiin tunteihin. Dissosioinnille oli havaittu monia eri triggeriä, mainittuna poliisi katukuvassa ja taivaalla lentävät helikopterit. Toimintakyvyssä oli ollut vaihtelua, eikä kuntoutuja ollut kyennyt ylläpitämään jo saavutettua toimintakykyä.

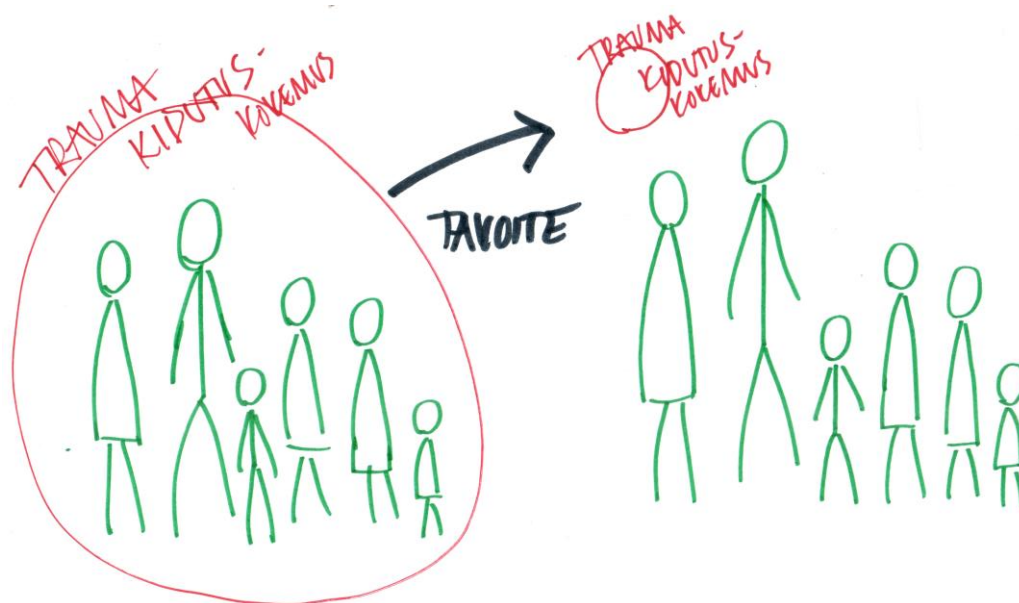
Kuntoutuja on sitoutunut hyvin kuntoutukseen ja vastaanotolla käynnit ovat aina olleet säännöllisiä. Kuntoutuja on kokenut yksilökäynneillä rauhallisuutta ja turvallisuutta. Kuntoutuja on aina pyrkinyt käyttämään oppimiaan keinoja myös kotiooloissa. Kirjauksien mukaan kuntoutuja on ollut tietoinen vireystilan vaihteluiden periaatteista ja joistakin vakauttamisen keinoista.

Nukkuminen on ollut jatkuvasti erittäin huonoa. Painajaisiin heräilyä on ollut useita kertoja yön aikana. Herätessä on esiintynyt koko vartalon kiputilaa, hikoilua ja tuntemus sydämen voimakkaasta hakkaamisesta. Kuntoutujalla on ollut päivisin kroonista väsymystä ja voimattomuutta. Kuntoutuja kuvaili pahimmillaan väsymyksen niin vallitsevaksi, että ”ei jaksa edes nostaa kahvikuppia”. Yölepo on jonkin verran muuttunut parempaan suuntaan, mutta nukkuminen on ollut edelleen riittämätöntä. Keväällä 2015 kuntoutujalla on ollut uniapneatutkimukset, joiden yhteydessä on alkanut asiakkuus kipupoliklinikalla. Tavoitteena on mielialalääkkeiden vähentäminen.

## 9.1 Kuntoutuksen tavoitteet

Vuonna 2014 Fysioterapia toteutui 22 kertaa. Kuntoutuja osallistui psykofyysiseen ja toiminnalliseen ryhmään yhteensä 10 kertaa. Vuonna 2014 kuntoutusjakson tavoitteina olivat tulevaisuuden uskon palauttaminen, kehoallisten ja psyykkisten voimavarojen tunnistaminen ja vahvistaminen. Päällimmäisinä ongelmina olivat väsymys, riittämätön yöuni sekä laaja-alaiset kivut. Lisäksi tavoitteena oli löytää sopivia menetelmiä kuntoutujan itsesääntelyyn ja kehotuntemuksien kanssa pärjäämiseen. Lyhyen aikavälin tavoitteena oli ryhmätoimintoihin osallistuminen, mikä saavutettiin jo ensimmäisen yhteistyövuoden kesäkuussa.

Kuntoutuja kuvasi toimintakykyään niin alhaiseksi, että se olisi vain 10% siitä, mitä se oli joskus ollut. Ehdotin tavoitteeksi, että hän saavuttaisi aikaisemmasta toimintakyvystä 50%, mikä tarkoittaa, että hänellä olisi voimia ja kykyä tehdä asioita perheen kanssa ja suunnitella tulevaisuutta. Ehdotin myös, että kivun ja traumaoireiden vaikutus vähenisi niin, että ne eivät enää vaikuttaisi koko perheeseen (kuva 7). Ajatus tuntui kuntoutujan mielestä sopivalta.



KUVA 7. Trauma hallitsi keväällä 2014 koko perhettä, tavoitteena trauman vaikutuksen pienentäminen.

Käytin keskusteluissamme bussinkuljettajametaforaa, jossa käsitellään ajattelumallien vaikutusta sekä pyritään löytämään uusia ajatuksia tukemaan toimintoja, joilla toivottomalta tuntuva tulevaisuus muuttuu mahdollisuudeksi (Laakso. 2013). Tässä yhteydessä olin tiedustellut minne kuntoutuja on matkalla. Kuntoutuja kertoi haluavansa voida paremmin, niin kuin muut ihmiset. Kuntoutujalla ei ollut ajatuksia siitä mitä se konkreettisesti tarkoittaa. Totesin, että kuntoutujan tavoite on parempi terveys. Hänen menneisyytensä vaikuttaa tähän hetkeen, vointiin ja terveyteen. Kuntoutuja on yrittänyt tehdä saamiensa ohjeiden mukaan ja hän on käyttänyt lääkkeitä. Mikään ei ole auttanut, terveydessä ei ole tapahtunut muutosta parempaan.

Syksyllä 2014 kuntoutuja oli moittinut lääkärille, että fysioterapia on muuttunut huonompaan suuntaan ja on erilaisia kuin aikaisempien fysioterapeuttien aikana. Otin kuntoutujan kanssa tapahtuneen muutoksen keskustelun aiheeksi. Kerroin, että ajatuksenani on löytää meille yhteinen päämäärä, johon me molemmat sitoudumme. Aluksi me ihmettelemme ja kokeilemme erilaisia keinoja. Tarkoituksena on vähitellen selkeyttää tavoitteita. Sanoin kuntoutujalle, että ”rakennamme palapeliä, josta syntyy kuntoutujan näköinen ehyt kuva, palojen täytyy sopia yhteen.” Kerroin myös, että ajattelin kuntoutujan ympärillä olevan synkkä pilvi, joka sisältää tuskaa, kipua ja voimattomuutta. Se peittää tulevaisuuden ja koko miehen. Seuraavalla vastaanottokerralla kuntoutuja oli aikaisempaa ilahtuneempi tavatessaan minut. Tällöin palasin uudelleen palapelimetarforaan ja täydensin palapelin sisältävän lääkärin vastaanottoja ja lääkityksen, muut terveystalvelut, fysioterapian, ryhmätoiminnan, sosiaalisen verkoston sekä perheen. Kerroin, että tarkoituksena on tarjota yhtenäinen tuki ja apu, jolla on aikaisempaa parempi vaikutus. Keskustelimme fysioterapian ja ryhmätoiminnan sisällöstä ja mahdollisuuksista, kotiharjoitusten ja oman osallisuuden merkityksestä.

Vuonna 2015 fysioterapiaa oli 21 kertaa ja kuntoutuja osallistui toiminnalliseen ryhmään 14 kertaa. Fysioterapian tavoitteena on ollut optimaalisen vireystilan eli sietoikkunan laajentaminen, sosiaalisen osallistuvuuden ja aktiivisuuden lisääminen sekä fyysisen tasapainon parantaminen. Tavoitteena oli myös päästä eroon kävelysauvoista. GAS-menetelmän osalta ajatuksena ovat olleet matkustamiseen liittyvä suunnittelu ja toteutus, mutta tämä on vielä jäänyt keskeneräiseksi. Ajatusta matkustamista olen kuitenkin käyttänyt peruskunnon kohottamisen ja kielitaidon parantamisen motivaattorina.

Toisena yhteisenä vuonna yhteistyön motivaation luominen ei enää ole ollut merkittävässä roolissa. Kuntoutuja totesi uuden jakson alussa, että hänellä on monia ongelmia vaivana, hän ei pysty niiden kanssa yksin pärjäämään. Kuntoutuja on kokenut saavansa tukea tapaamisissamme. Hän totesi, ettei tarvitse olla yksin. Yksinäisyys tuli tässä vaiheessa ilmi myös muutoin kuin pärjäämisenä. Sain vaikutelman, että kuntoutujalla ei ole sosiaalista verkostoa eikä omia kavereita perheen ulkopuolella.

## 9.2 Toimintakyky

Kuntoutujaa oli jo vuonna 2010 ohjattu käyttämään kävelysauvoja kävelyn turvallisuuden ja seisomatasapainon varmistamiseksi. Aloittaessamme yhteistyön vuonna 2014 kuntoutujalla puuttui kävellessä myötäliikkeit. Myös muu liikkuminen oli epävarmaa, raskasta ja kömpelöä. Kuntoutuja kuvaili kävellessä pakaroiden lukkiutuvan ja voimien loppuvan alaraajoista. Kuntoutujan mukaan hänen kävelymatkansa oli ilman lepotaukoa vain 100 metriä. Kuntoutujan käsissä esiintyi vapinaa. Levossa vapinaa esiintyi myös alaraajoissa.

Kuntoutuja kertoi yhteistyömme alussa, että hän haluaisi tehdä lastensa kanssa mitä he haluavat, mutta hänellä ei ole voimia sellaiseen. Kuntoutuja kertoi, että kivut ja takaumat saavat hänet voimaan huonosti. Tällöin hän kertomansa mukaan vetäytyi omiin oloihin. Myös vanhin tytär huolehti isän pärjäämisestä. Kuntoutuja kuvasi, ettei hän kykene suunnittelemaan tai ajattelemaan elämäänsä yhtä päivää pidemmälle. Vaimokaan ei kertonut hänelle tulevista tapahtumista enempää kuin seuraavan päivän ohjelman verran. Kuntoutuja kuitenkin pyrki itsekseen käymään kaupungilla ja ulkoilemassa. Hän kertoi, että linja-autolla kulkiessa hän ei aina muista jäädä oikealla pysäkillä pois autosta.

Ehdotuksestani kuntoutuja täytti päiväkirjaa, johon hän merkitsi päivittäiset aktiviteetit. Päiväkirjan tarkoituksena oli saada kuntoutuja näkemään arjessaan myös aktiivista toimintaa ja onnistumisia. Vähitellen päiväkirjaan tuli yhä enemmän merkintöjä yhteisistä ruokailuista ja ulkoiluista perheen kanssa. Ehdotin kuntoutujaa myös kiittämään itseään kaikesta mitä hän oli kyennyt tekemään ja ehdotin, että hän ulkoillessa katselisi millaisia kevään merkkejä luonnossa on ja kuinka kesän tulo etenee.

Aluksi kuntoutuja ei ollut halukas tekemään fyysisiä kotiharjoitteita, koska hän kertoi olevansa voimaton. Vähitellen annoin hänelle ohjeita muun muassa lihasvoiman vahvistamiseen. Kuntoutusjakson alussa jokaisella tapaamisella ohjasin lyhyitä tietoisuustaitoharjoituksia, joita annoin myös kotitehtäväsi. Aluksi kaikista kotiharjoitteista kuntoutuja ilmaisi epäonnistumista ja turhautumisen kokemuksia. Kuntoutuja kertoi, että kaikenlainen tekeminen vaatii häneltä suurta ponnistusta. Kuntoutuja koki liikkumisen aiheuttavan lisää kipua. Hän totesi, että “vain lääkitys pitää pystyssä”.

Sain vaikutelman siitä, että aina tilaisuuden tullen kuntoutuja ilmaisi tuskaisuutta ja toimintakyvyn rajoittuneisuutta. Toisaalta hän kuitenkin vaikutti olevan motivoitunut heti alusta alkaen. Vähitellen vuorovaikutuksessa alkoi olla yhä enemmän huumoria. Kognitiivisien menetelmien avulla tarjosin kuntoutujalle mahdollisuuden pukea sanoiksi elämäkokemustaan ja tämän hetkistä tilannetta. Hän kertoi, ettei toive paremmasta terveydestä ole toteutunut. Tällaisiin ilmaisuihin vastasin kuulevani asiakkaalla olevan uskonpuutetta ja toivottomuutta.

Jakson alussa kuntoutuja kykeni makuulla lepäämään vain kylkiasennossa. Selinmakuulla kaikista aktiivisista ja passiivisista liikkeistä tuli kipuvaste tai pelko kivun lisääntymisestä. Vähitellen kuntoutuja on kyennyt lepäämään ja tekemään harjoitteita myös selinmakuuasennossa. Kuntoutuja pidätteli hengitystä tehdessään liikeharjoituksia. Hengitysliike näkyi vain vatsan alueella. Rintakehässä hengitysliikettä ei ollut. Kuntoutuja väsyi helposti ja piti taukoja tiheään.

Vuoden 2014 loppupuolella kuntoutujan yläraajojen kipuilu lisääntyi voimakkaasti. Kerroin, että tähän todennäköisenä syynä on kuntoutujalla käytössä olevat kävelysauvat ja niihin voimakas tukeutuminen. Kuntoutuja kertoi, että hän on jo vuoden ajan odottanut apuvälinearviota. Hänelle oli esitetty myös muita vaihtoehtoja liikkumisen apuvälineiksi. Kuntoutujalla oli huoli, että hän halvaantuu ja menettää kävelykyvyn kokonaan. Kerroin hänelle, että lihasvoiman parantuessa myös tasapaino ja kävelykyky paranevat. Ehdotin, että kuntoutujan nuoren iän huomioon ottaen alaraajojen lihasvoimaharjoittelun tehostaminen voisi olla tehokkaampi tie liikuntakyvyn ylläpitämiseen.

Kuntoutuja kertoi, että kerrostalossa, jossa hän asuu, on kuntosali. Hän aloitti kevyet harjoittelut omatoimisesti, mutta totesi, että 9-vuotias poika kykenee tekemään raskaampia harjoituksia kuin hän itse. Kuntopyörällä polkemiseen hän kykeni vain kaksi minuuttia kerrallaan. Kuntoutujalla oli edelleen ajatuksena, että liikkuminen aiheuttaa kipuja. Hänellä oli myös käsitys, että hänen liikuntakykynsä on entistä heikompi.

Teetin kuntoutujalle Bergin tasapainotestin joulukuussa 2014. Tällöin hän sai pisteiksi 37 / 56. Testin mukaan kuntoutujalla oli liikkumisen kyky kohtalainen (pisteet 21-40) ja kohonnut riski kaatumiselle sekä tarve liikkumisen avustamiselle ja apuvälineelle. (Bergin tasapainotesti) Annoin kuntoutujalle ohjeet kuntosaliharjoitteille sekä THL:n laatimat ohjeet tasapainon ja kävelykyvyn ylläpitämiseksi ja varmentamiseksi (Kävely keveämmäksi). Kuntoutuja aktivoitui tekemään saamiaan harjoitteita yhä paremmin, mutta ajoittain huonovointisuuden takia omatoiminen harjoittelu jäi tauolle. Huhtikuussa 2015 kuntoutuja kertoi, että asuintaloon on tulossa hissiremontti. Ohjeiden avulla kuntoutuja aktivoitui vähitellen käyttämään myös portaita.

Uuden kuntoutusjakson alussa helmikuussa 2015 suoritettiin puristusvoiman mittaus (Käden puristusvoima). Tuloksena vasemmalla kädellä 22 kg ja oikealla kädellä 28 kg. Lihasvoiman vahvistamiseksi ja harjoittelun monipuolistamiseksi kävimme yhdessä kaupungin kuntosalissa. Annoin kuntoutujalle uudet kuvalliset harjoitteluohjeet. Näihin aikoihin toteutin myös tiivistetyn kolmen kerran hierontajakson. Hieronnasta ei havaintojeni mukaan ollut hyötyä, vaan kipukokemus pahentui. Kuntoutuja totesi, että "kun on kipua, ei voi ajatella mitään". Kerroin kuntoutujalle kivun neurofysiologisesta mallista, jolla kipu ”biologisoidaan”. Tämän tarkoituksena on ottaa kivusta pois katastrofisointi ja mystifikaatio (Luomajoki 2015. 55).

Ryhmä- ja yksilötoiminnan sisällöksi idea viljelypalstasta tuli kuntoutujan toiveista. Keväällä 2015 kuntoutuja kertoi olevansa kiinnostunut kasvien kasvattamisesta. Kesällä tapaamisten toimintana ja sisältönä olivat aktiviteetit viljelypalstalla. Toiminnallisten harjoitteiden ohessa otin keskustelun aiheeksi lääkkeiden vähentämisen. Kuntoutuja ilmaisi lääkkeiden vähentämisen olevan lääkärin ajatus. Sellaista ei ole aikaisemmin tehty, vaan lääkkeitä on aina vain lisätty. Kuntoutujalla oli vahvasti ajatus siitä, että vain lääkkeet voivat lievittävää kipuja ja parantaa vointia. Tulkitsin, että lääkkeiden lisääminen ja niiden vaikutukseen luottaminen on ollut aikaisemmin

kuntoutujan ainoa selviytymisen keino ja hänellä oli edelleen vaikeuksia motivoitua lääkkeen vähentämiseen. Kuntoutuja edelleen korosti puheissaan kipuja ja huonovointisuutta, eikä kyennyt omatoimisesti käyttämään muita pärjäämisen keinoja. Kuvaillessani kuntoutujan toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia vastaanotto on ollut toistuvasti vähättelevää ja hän on tuonut esille kuinka hänellä on juuri viime aikoina kivut ja painajaiset lisääntyneet. Kuntoutuja ei edelleenkään ole ollut tietoinen tai ei ole tunnistanut voinnissa tapahtunutta kohentumista ja ADL -toimintojen lisääntymistä.

Kerroin kuntoutujalle käytössä olevan lääkkeen haittavaikutuksista. Näihin kuntoutuja totesi, että hänellä on kaikki listalla olevat oireet. Tässä vaiheessa kuntoutuja toivoi vähennysten tapahtuvan hitaammin, annoksen pienentäminen puolen vuoden välein. Käytännössä tämä tarkoittaisi vuosia jatkuvaa prosessia, joka ymmärtääkseni ei vähennä lääkkeen sivuvaikutuksia. Sivuvaikutuksina ovat muun muassa tasapainon heikentyminen, painajaiset ja heikko unen laatu.

Syksyn kuluessa olen esitellyt kuntoutujalle myös Asahin liikeharjoituksia. Näistä hän koki kykenevänsä tekemään vain muutamia. Polvien joustossa oli merkittävää puutetta ja yleisesti ottaen liikkeet olivat mekaanisia ja kömpelöitä. Kuntoutuja kertoi tekevänsä joitakin saamiaan kotiharjoitteita yhdessä poikansa kanssa. Hän myös kertoi viettävänsä nykyisin lastensa kanssa aikaa jonkin verran, ulkoilevansa heidän kanssaan ja käyvänsä etenkin pojan kanssa pari kertaa viikossa kaupungilla.

Marraskuussa 2015 teetin uudelleen puristusvoima- ja tasapainotestit. Puristusvoimasta tuloksena oli vasemmalla 37kg ja oikealla 45kg. Tulos oli siis lähes kaksi kertaa parempi kuin vuoden alussa. Bergin tasapainotestistä pisteet olivat 46/56. Vertailuarvoina 41-45, joka testin tuloksen mukaan tarkoittaa kykyä liikkua itsenäisesti ja turvallisesti. Kaatumisen riski on vähentynyt merkittävästi ja apuvälineen käytön tarpeellisuus on testin mukaan pienentynyt. Muutosta parempaan on tapahtunut etenkin osioissa, joissa mitataan tasapainon käyttöä tukipinnan pienentyessä. Kuntoutuja kertoi, että vointi edelleen vaihtelee ja kävely on ollut viime aikoina huonompaa kuin aikaisemmin. Toisaalta kuntoutuja ei ole tiedostanut, ettei käytä kävelysauvoja yhtä paljon kuin aikaisemmin. Sauvat ovat usein vain mukana toisella kädellä kannettavana. Kuntoutuja totesi myös, että pitkän kävelymatkan jälkeen jalat ovat kotona, ollessaan levossa kipeät eikä hän kykene sen takia nukkumaan.



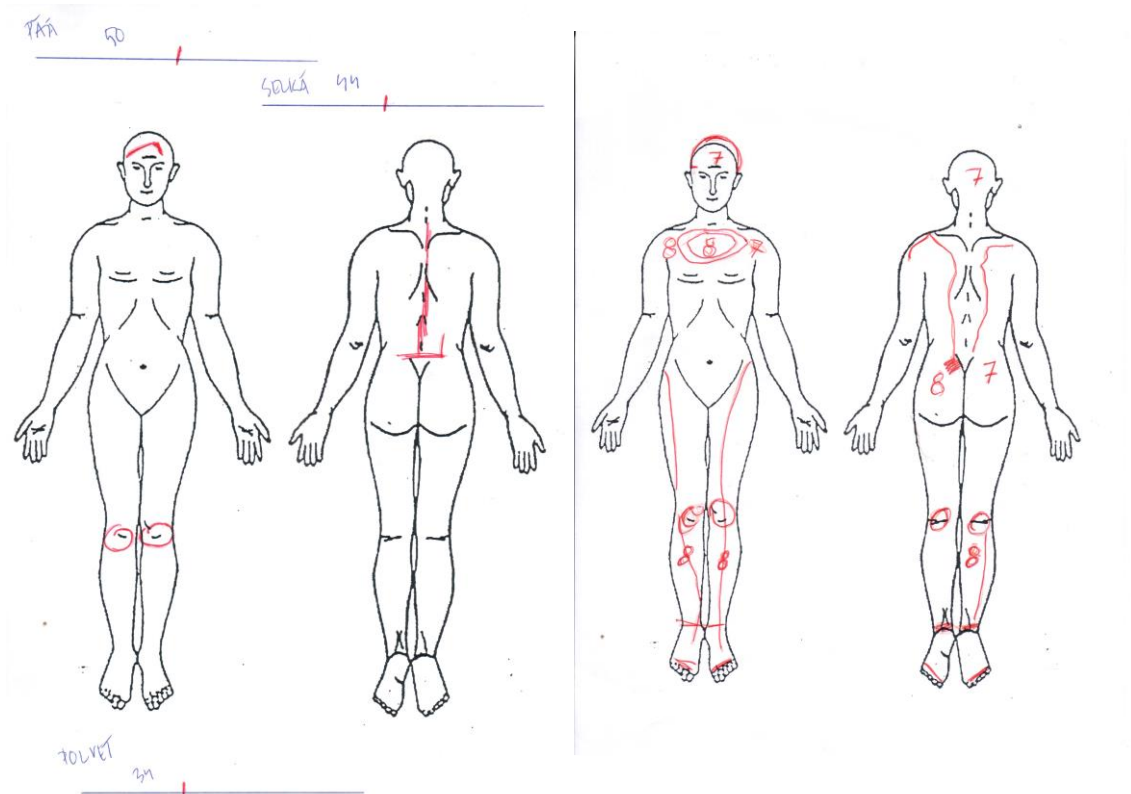
### 9.3 Kipu

Yhteistyömme alussa kuntoutujalla esiintyi kipuja laaja-alaisesti ja vaihtelevasti selässä, polvissa, säärien alueella ja olkapäässä. Kuntoutuja kuvasi kivun alaraajoissa ”kulkevan luita pitkin”. Kipu NRS tasoa 7 jatkuvana ja ajoittain tasoa 8-9. Joskus kipu oli niin voimakas, että kuntoutuja oli kyynelehtinyt, tällöin tasoa 10. Päänsärky oli jatkuvaa, voimakkuudeltaan tasoa 7 (kuva 8).

Kuntoutusjakson alussa kuntoutuja pelkäsi harjoitteissa kipuja ja jännittyi sen sijaan, että olisi kyennyt vaikuttamaan liikkeen sujuvuuteen. Passiivisissa liikkeissä, nivelten toiminnan tutkimisissa ja lihasten palpoinnissa esiintyi aina kipuvaste. Kuntoutuja koki että kaikenlainen liikkuminen aiheuttaa kipua. Ehdotin kuntoutujalle laaja-alaisen kipujen havainnointiin päiväkirjan käyttämistä viikon ajaksi. Päiväkirjassa oli nähtävissä kipuilua 3-5 kertaa vuorokaudessa.

Esitin kuntoutujalle ajatuksen, että suru, huoli ja pelko oireilevat kipuna. Tämä ajatus tuntui kuntoutujasta uudelta ja vaikutti siltä, että hän jäi tätä näkökulmaa miettimään. Myöhemmin kysyin kuntoutujalta mitä pitää tapahtua, jotta hänen tilanteensa olisi parempi. Tähän kuntoutuja vastasi, että muistot, painajaiset ja kivut pitäisi olla kokonaan poissa. Kuntoutujan mukaan lääkäri oli sanonut, että muutos parempaan voi tapahtua vähitellen. Kuntoutuja ei vaikuttanut uskovan tai luottavan tähän mahdollisuuteen. Kuntoutujalla oli vahvasti ajatus siitä, että vain lääkkeet ja erilaiset toimenpiteet kuten kortisonipiikki poistavat tai helpottavat kipuja.

Kuntoutuja oli aikaisemmin vastaanotolla ja ryhmäkerroilla kertoillut laaja-alaisesti kivuistaan. Viime aikoina kipujen kuvaukset ovat vähentyneet merkittävästi, lähes maininnan tasolle. Kipuja on edelleen polvissa ja selässä. Jatkuva pääkipu on jonkin verran lieventynyt (kuva 8). Vähitellen ja yhä useammin kuntoutuja on ilmaissut myös hyvää vointia: ”Aurinko paistaa eikä pääätäkään ole särkenyt kuten useina aamuina”.



KUVA 8. Kipupiirros vasemmalla elokuussa 2014 ja oikealla syyskuussa 2015

#### 9.4 Palautteet

Ensimmäisien jakson alussa kuntoutuja ilmaisi tapaamiset hyödyllisiksi. Positiivinen vaste oli välitön, vastaanotolta lähtiessä kuntoutuja kertoi olonsa olevan parempi kuin tullessa. Kuntoutuja kuvasi, että on “tunne siitä kuin jotakin (ikävää) olisi otettu pois hartioilta”. Myös ulkoisesti kuntoutuja vaikutti virkistyneemmältä ja virkeämmältä kuin tullessa. Jakson edetessä kuntoutuja ilmaisi tyytymättömyyttä tapahtuneisiin menetelmien muutoksiin. Liikunnallisen, psykofyysisen ryhmätoiminnan kuntoutuja ilmaisi kokevansa pääasiallisesti negatiivisena. Kivut olivat niiden yhteydessä lisääntyneet useiksi päiviksi. Kerroin kuntoutujalle, että ryhmätoiminnoissa täytyy ottaa huomioon jokaisen ryhmään osallistuvan tavoitteet. Ryhmän tavoitteet ja yksilöiden tavoitteet ovat yhdistelmä, jonka pohjalta suunnittelen ryhmän sisällön ja harjoitukset. Tässä yhteydessä kuntoutuja kuvasi kokemustaan: "Keho kärsii, kun päässä ei ole kaikki hyvin. Olen kokenut ja nähnyt liian paljon. Kun aattelee niitä kokemuksia mitä mulla ollu, olen nyt liian vahva. 15 vuotta sitten tapahtuneet asiat tuntuvat kuin ne olisivat edelleen olemassa."

Ensimmäisen jakson lopussa vuonna 2014 kuntoutuja toivoi, että uuden jakson rakenne ja sisältö olisivat samat kuin se oli päättymässä olevalla jaksolla. Kuntoutuja totesi, että "Alku on vaatinut tottumista uuteen terapeuttiin, mutta nyt tuntuu siltä kuin oltais tunnettu vuosia".

Marraskuussa 2015 kuntoutuja sanoi, että kulunut kuntoutusjakso on ollut hyvä, "Se näkyy tuloksistakin, mutta muutokset ovat pieniä". Kuntoutuja totesi, ettei hänellä itsellään oikein ole ideoita miten jatkaa eteenpäin, "Tarvitsen keskustelua ja ohjeita. Tiedän, että kaikella on tarkoitus auttaa". Kuntoutuja myös totesi, että viljelypalsta auttoi hänen fyysiseen vointiin. Kaikki siellä tehty vei eteenpäin. Totesin, että se antoi myös sisältöä, ajattelemisen ja suunnittelun aihetta.

Olemme jo jonkin verran suunnitelleet uuden kuntoutusjakson sisältöä. Tavoitteet tulevat olemaan sosiaalinen osallistuminen ja kielitaidon kohentaminen liikuntakyvyn parantamisen lisäksi. Tulevana kesänä jatkamme myös viljelypalstalla kasvien kasvattamista.

## 10 POHDINTA

Kehittämistehtäväni päätavoite oli lisätä ja syventää teoriani kiduksen aiheuttamista seurauksista ja oireista. Olen työhön koonnut näkemyksieni pohjalta perusteluita fysioterapian ja erityisesti psykofyysisen fysioterapian käytöstä kidutuksen uhriksi joutuneiden kuntoutuksessa. Kokemuksieni pohjalta valitsin aluksi aiheiksi traumaperäisen stressihäiriön ja kroonisen kivun, joista toinen tai molemmat ovat jokaisella asiakkaallani. Sekä tapausesimerkin sekä kollegoideni Tähkävuoren ja Carlssonin haastattelujen pohjalta huomasin vuorovaikutusprosessin olevan kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa erityisen olennaista.

Uusimman Kipuviestin artikkelissa Hannu Luomajoki (2015. 53 - 55) käsittelee kroonisesta kivusta kärsivän psykososiaalisia tekijöitä. Fysioterapeutin tulisi jo hoitosuhteen alkuvaiheessa havaita erilaiset psyykkiset rajoitteet, jotka voivat olla esteenä kuntoutumiselle. Luomajoen mukaan fysioterapeutin tulisi toiminnallaan vaikuttaa positiivisesti. Näkisin, että tehtävänä on vähentää hoitoa haittaavia rajoitteita. Luomajoki myös varoittaa fysioterapeutteja tekemästä virheitä. Kuntoutumisen kannalta ratkaisevia virheitä saattaa tapahtua juuri vuorovaikutuksessa, mikäli fysioterapeutilta puuttuu tietoa ja kokemusta kognitiivisten menetelmien käytöstä. Fysioterapeutti asettaa kuntoutuksen tavoitteita yhdessä kuntoutujan kanssa GAS-menetelmän ja motivoivan haastattelun keinoin. Tavoitteiden saavuttamisen arviointi tapahtuu kuntoutusjakson lopussa. Myös varsinaisessa kuntoutusvaiheessa on järkevää hyödyntää vuorovaikutuksellisia menetelmiä.

Lääketieteelliset artikkelit ja Käypä hoito –suositukset ovat kuntoutustyössä tärkeitä työskentelyä ohjaavia tiedon lähteitä. Tähän työhön sain hyviä vinkkejä myös Kivuntutkimusyhdistyksen Facebook-sivuilta. Olen tämän työn puitteissa kerännyt jonkin verran ihmisen aivojen ja hermoston toimintaan liittyvää tietoutta, mutta lähteet eivät juurikaan anna tietoa siitä, miten fysioterapeutti voi käytännössä hyödyntää tätä koskevaa tietoutta. Nykyaikana aineistoa ja opiskeltavaa vilisee silmissä, mutta tärkein tiedon ja kokemuksen lähde ovat itse kuntoutujat. Fysioterapeutin ja asiakkaan kohtaaminen tapahtuu kehollisten harjoitteiden ja toiminnan merkeissä. Psykofyysisessä fysioterapiassa työskentelyn kohteena on mielen ja kehon välinen yhteys. Terapeutti

johdattelee asiakkaan tutustumaan tähän yhteyteen. Se miten terapeutti sen tekee, ja millaisia keinoja hän käyttää, on oleellista. Terapeutin omien kokemusten, tuntemusten, teorian tiedon ja vastatransferenssien tiedostaminen ovat tärkeitä työkaluja, joiden avulla terapiasuhde voi edetä kohti tarpeellista muutosta ja tavoitetta.

Kehittämistehtävän edetessä tärkeäksi uudeksi kiinnostuksen kohteeksi avautui Porgesin vireystilaa käsittelevä teoria. Traumaterapiakeskuksen kouluttajan Jarno Katajiston (2015) mukaan tämä teoria on osana uusinta Suomessa toteutettavaa traumapsyko-terapeuttikoulutusta. Itse tutustuin kehittämistehtävää varten tähän teoriaan Ogdenin, Mintonen ja Painin (2009) Trauma ja keho -kirjan avulla sekä kuuntelin Porgesin haastattelun ja luennon YouTubesta. Porgesin vuonna 2011 julkaistun kirjan The Polyvagal Theoryn sain tilattua tämän työn kannalta liian myöhäisessä vaiheessa. En käyttänyt sitä tässä työssä lähdemateriaalina, mutta tulen vielä kahlaamaan sen läpi ja täydentämään sen kautta tämänhetkistä käyttöteoriaani.

Mielestäni Porgesin teoria sopii erinomaisesti psykofyysisen fysioterapian näkökulmaksi. Se selittää psykofyysisissä harjoituksissa käytettäviä menetelmiä ja niiden periaatteita autonomisen hermoston toimintojen ja vaikutusten tasolla. Tämä näkökulma on auttanut minua ymmärtämään kuntoutujien tilanteita yhä paremmin. Olen kyennyt refleктоimaan asiakkaiden kokemuksiin niin, että asiakas on kokenut tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi. Olen jo itse kokenut vuorovaikutuksen parantuneen. Myös asiakkaalta olen saanut palautetta: ”kuvaat minun tilanteen täydellisesti.” Kidutuksen uhriksi joutuneen kanssa työskennellessä onkin erityisen tärkeää, että asiakkaalla on kokemus vastavuoroisuudesta. Vasta silloin voi interventio olla tehokas aivan kuntoutusprosessin alusta alkaen. Porgesin teorian avulla olen löytänyt ilmaisut ja mielikuvat, joilla yhteinen kieli ja ymmärrys ovat kehittyneet.

Tämä kehittämistehtävä on auttanut minua kokoamaan näkemyksiä omaan työskentelyyni liittyvistä yleisistä periaatteista ja antanut perusteluita jo käytössä oleville menetelmille, joita olen eri koulutuksista omaksunut käyttööni. Toimiviksi havaitut menetelmät ovat saaneet teoreettiset perusteet nyt omaksumani kautta. Kehittämistehtävä on antanut mahdollisuuden löytää keinoja nähdä paremmin milloin olen oikeilla jäljillä, milloin voisin prosessissa ottaa isompia askeleita ja milloin olisi syytä hidastaa tahtia.

Olen ymmärtänyt, että kuntoutustyössä ammattimaisuutta on olla muutaman askeleen edellä asiakasta, ja olla valmis reagoimaan asiakkaan viesteihin ja tarpeisiin. On myös oltava valmis kohtaamaan uusia asioita. Joskus on pysähdyttävä miettimään, mitä vastaan tulleen asian kanssa pitäisi tehdä ilman, että uutta haastetta väistelee tai sille kääntää selän. Terapiatilanteisiin voi valmistautua, mutta käytännössä tilanne on aina yllättävä ja ennalta arvaamaton. Ammattimaisuutta on se, miten haasteisiin ja ongelmiin reagoi, kuinka ottaa vastaan asiakkaan reaktioita, avunpyyntöä sekä kuinka vie asia eteenpäin.

Tapausesimerkki osoittaa, kuinka eteneminen kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa voi olla hyvin hidasta. Esimerkin kuntoutuja on ollut pitkään trauma-oireiden vankina. Hänen kohdallaan myös prosessi tilanteen purkamiseksi ja elämänhallinnan löytämiseksi on pitkä. Pelko voinnin huononemisesta ja kyvyttömyys luottaa elämään ovat aiheuttaneet syviä psyykkisiä haavoja.

Työn toisena tavoitteena oli selkeyttää fysioterapian osuutta ja roolia moniammatillisessa kuntoutustiimissä. Kehittämistehtävästä syntyi kokonaisuus, joka kuvaa tällä hetkellä toteuttamaani fysioterapiaa kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa. Itse fysioterapeuttiset menetelmät jätin kuitenkin vähäiselle käsittelylle, sillä aineiston pohjalta vahvistui käsitykseni, ettei fysioterapian menetelmissä sinänsä ole eroja sen suhteen, onko kuntoutettavana kidutuksen uhriksi joutunut vai joku muu. Näkisin, että luottamuksen rakentuminen ja vastavuoroisuus ovat kaikkein merkityksellisimpiä trauman aiheuttamien erityispiirteiden huomioimisen lisäksi. Kuntoutustiimissä, jossa työskentelen, on jo syntynyt hyvää keskustelua koostamani materiaalin pohjalta. Marraskuussa 2015 käytin jo aineistoa luentopohjana kertoessani fysioterapia-opiskelijoille työstäni maahanmuuttajien ja traumatisoituneiden kanssa. Palautteesta ilmeni, että jakamani tieto auttoi opiskelijoita ymmärtämään psykofyysisen fysioterapian sisältöä ja merkitystä. Opiskelijat kertoivat saaneensa tietoa, joka yhdisti heidän aikaisemmin kokemansa ja oppimansa selkeäksi kokonaisuudeksi. Myös kiinnostus psykofyysisestä fysioterapiaa kohtaan lisääntyi. Työ toiminee hyvin myös perehdytysmateriaalina kuntoutustiimin uusille työntekijöille ja työharjoitteluun tuleville opiskelijoille.

Tiivistäminen olisi ollut paikallaan monessa kohtaa, mutta lopulta aikataulu asetti rajat tekstin hiomiselle. Olisin voinut rajata työn näkökulmaksi vaikkapa vireystilan häiriöt ja fysioterapian. Mutta tällaisenaan, runsaudesta huolimatta, työ mahdollisesti palvelee fysioterapeutteja ja muita kidutuksen uhriksi joutuneen kanssa työskenteleviä, mikä olikin työni kolmas tavoite.

Tämän kehittämistehtävän jatkona on ICF:n käyttö kidutuksen uhriksi joutuneen kuntoutuksessa. On tärkeää heti kuntoutuksen alussa kartoittaa kuntoutujan ongelmat ja ongelmien asteet niin, että on mahdollista puuttua asioihin, jotka merkittävästi rajoittavat kuntoutujan toimintakykyä ja kotoutumista. Tämän hetkisen kokemukseni mukaan kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja GAS-menetelmän käytössä on isoja haasteita, kun kuntoutuja on kokenut kidutusta, joutunut uuteen toiminta- ja kulttuuriympäristöön, jossa kaikki kohdattavat asiat ovat isoja ja kuormittavia haasteita. ICF:n avulla on mahdollista puuttua juuri oikeisiin asioihin ja auttaa siinä mikä palauttaa kuntoutujan toimintakykyä ja vie kuntoutujaa myös kotoutumisprosessissa eteenpäin säilyttäen samalla voimavarakeskeisen näkökulman.

## LÄHTEET

Alaselkäkipu. Käypä hoito. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 21.10.2015  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001>

Antikainen, R. & Ranta, M. 2008. Kohti vastavuoroisuutta. Duodecim. Hakapaino Oy

Autti-Rämö, I, Vainiemi, K, Sukula, S. 2012. GASin laatiminen. GAS-menetelmä Käsikirja Luettu 22.10.2015  
[http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas\\_kasikirja\\_100518.pdf](http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf)

Bergin tasapainotesti. Toimia tietokanta. Luettu 14.11.2015  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/51/>

Carlsson, L. 2015. Fysioterapeutti. Työskentelee Helsingin Diakonissalaitoksen Kidutettujen Kuntoutuskeskuksessa. Haastattelu 18.9.2015. Haastattelija Herva, I-M.

Ekeholt, K. Luento. NPMP – provebehandling? Vaikuttava tai tukeva ft. Luento 17.9.2015. TAMK

Elson, L.E. & Stanten, M. 2015. Starting to Exercise. A Harvard Medical School Special Health Report

Halla, T. 2007. Psykykkisesti sairas maahanmuuttaja. Duodecim 2007;123:469–75. Luettu 6.4.2015  
<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96297.pdf>

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Huhtanen. A-M. 2015. Pelastunut numero 989. Helsingin Sanomat. Sunnuntai. Kulttuuri. Mielipide. Tänään. 19.7.2015

Huttunen, M. 2014 a. Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. Erillisuus) Lääkärikirja Duodecim luettu 13.9.2015  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00360](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360)

Huttunen, M. 2014 b. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 10.9.2015  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00389](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389)

Huttunen, M. 2014c. Dissosiativinen muistinmenetys. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 22.10.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00362](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00362)

Huttunen, M. 2014 d. Konversiohäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 22.10.2015  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00380](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00380)



Jacobsen, L. & Smidt-Nielsen, K. 1997. Torture Survivor – trauma and rehabilitation. Copenhagen. IRCT

Jensen M. 2015. Suffering from pain is optional: Pain catastrophizing and your brain. BodyinMind Luettu 2.10.2015  
<http://www.bodyinmind.org/pain-catastrophizing-brain/>

Kalso, E. 2015. Kipu – tuntoa ja tunteita. Lääkärilehti. Luettu 07.09.2015  
[http://www.laakarilehti.fi/kommentti/index.html?opcode=show/news\\_id=16055/news\\_db=web\\_lehti2009/type=7/ref=rss](http://www.laakarilehti.fi/kommentti/index.html?opcode=show/news_id=16055/news_db=web_lehti2009/type=7/ref=rss)

Kansaneläkelaitos. 2015. Kelan avoterapiastandardi. Vaikeavammaisten avoterapiat. Luettu 20.10.2015  
[http://www.kela.fi/documents/10180/1453705/A\\_std\\_2015.pdf/722ae254-4962-4a2c-a847-f4e3b6823224](http://www.kela.fi/documents/10180/1453705/A_std_2015.pdf/722ae254-4962-4a2c-a847-f4e3b6823224)

Katajisto, J. psyk.esh, psykoterapeutti. 2015. Haastattelu 26.10.2015. Haastattelija Herva, I-M.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOYpro Oy. Helsinki

Kiviniemi, L., Läksy, M.-L., Matinlahti, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U.-M. & Vuokila-Oikonen, P. 2014. Minä mielen terveystyön tekijänä. Edita. Helsinki

Klemola, T. 2014. Asahi, tietoisien liikkeen taito. Docendo. Saarijärven Offset Oy

Koho, P. 2015. Kivun ja toimintakyvyn arviointi. Kivun mittaaminen, testaaminen ja lomakkeet. Luento. Kipufysioterapian koulutus. 24.1.2015.

Kotini on täällä. Oulun kaupungin kotouttamisohjelma 2013 – 2017. Luettu 21.10.2015  
[http://www.ouka.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=32f15a41-9446-4dd0-bcc9-6f9a428bd3e0&groupId=526368](http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=32f15a41-9446-4dd0-bcc9-6f9a428bd3e0&groupId=526368)

Kotouttaminen. Luettu 22.10.2015. <http://www.kotouttaminen.fi/kotouttaminen>.

Korkeila, J. 2008. Tunteiden säätely ja immunitetti. Duodecim 2008;124:683–92. Luettu 4.4.2015 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo97123.pdf>

Kyllönen-Saarnio, E. & Nurmi, R. 2005. Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta. Opas sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:15. Luettu 20.11.2015.  
[http://stm.fi/documents/1271139/1359676/Maahanmuuttajanaiset\\_ja\\_vakivalta\\_fi.pdf/25a81350-ebbe-453b-a8c2-2d9761ded566](http://stm.fi/documents/1271139/1359676/Maahanmuuttajanaiset_ja_vakivalta_fi.pdf/25a81350-ebbe-453b-a8c2-2d9761ded566)

Käden puristusvoima. Toimia tietokanta. Luettu 14.11.2015  
[http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/04/11/TOIMIA\\_suorit\\_usohje\\_kaden\\_puristusvoima.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/04/11/TOIMIA_suorit_usohje_kaden_puristusvoima.pdf)

Kävely keveämmäksi. Ikäinstituutti. Luettu 14.11.2015.  
<http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/97>

Kotini on täällä. Oulun kaupungin Kotouttamisohjelma 2013-2017. Luettu 21.10.2015  
[http://www.ouka.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=32f15a41-9446-4dd0-bcc9-6f9a428bd3e0&groupId=526368](http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=32f15a41-9446-4dd0-bcc9-6f9a428bd3e0&groupId=526368)

Laakso, J. 2013. Tietoisuustaitopohjaiset työtavat lyhytterapiassa. Jakso 2.  
 Luento 29.11.2013. Integrum Institute for Cognitive Therapies Finland.

Leikola, A. 2014. Traumapsykoterapia. Psykoterapiat. Toim. Huttunen, Kalska.  
 Duodecim

Luomajoki, H. 2015. Selkäkivun moderni hoito fysioterapiassa. Kipuviesti-lehti 2/2015

Luostarinen S. 2008. Transferenssi ja terapeutin emotionaaliset reaktiot. Toim.  
 Antikainen R., Ranta M. Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde.  
 Duodecim. Hakapaino Oy. Helsinki

Muistiliiton käsitteistö. Luettu 22.10.2015  
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/kasitteita/>

Mattila, A. 2010. Stressi. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 4.4.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00976](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00976)

Mielenterveystalo. Luettavat harjoitukset. Itsehoitoa aistien avulla – ota aistit avuksi  
 ahdistavissa tilanteissa. Luettu 4.10.2015  
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/maahanmuuttajat/Pages/harjoituksia.aspx>.

Miranda, H. 2015. Kipu ja työkyky. Kelakanava. Youtube 2015. Katsottu 16.11.2015.  
<https://www.youtube.com/watch?v=70cSMA50NFo&feature=youtu.be>

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. 2009. Trauma ja Keho. Sensomotorinen psykoterapia.  
 Traumaterapiakeskus. Kalevaprint Oy. Oulu.

Ojala, T. 2015. The Essence of the Experience of Choric Pain. Phenomenological  
 Study. Jyväskylän yliopisto. Tulostettu 22.2.2015  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/45325/978-951-39-6060-5\\_vaitos\\_21022015.pdf?sequence=11](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/45325/978-951-39-6060-5_vaitos_21022015.pdf?sequence=11)

Orenius, T. 2015. Toiminnalliset ja rakenteelliset aivomuutokset kroonistuneessa  
 kivussa. Luettu 6.4.2015.  
<http://www.selkakanava.fi/toiminnalliset-ja-rakenteelliset-aivomuutokset-kroonistuneessa-kivussa>

Porges, S. 2013. The Polyvagal Theory. William Stranger interview Dr. Stephen Porges.  
 Youtube 2013. Katsottu 20.9.2015.  
<https://vimeo.com/groups/136348/videos/26592356>

Psyfy. 2015. Menetelmät ja hyödyt. Luettu 21.10.2015.  
<http://psyfy.net/menetelmatjahyodyt/>

Reuter, A. 2013. Kuntoutussuunnitelma. Luettu 21.10.2015.  
<http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutussuunnitelma/>

Ruuskanen, H. 2007. Kidutetun kipu. Duodecim. Luettu 4.4.2015.  
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96303.pdf>

Rosenholm, M. 2010. Mitä on työnohjaus? Fysioterapia-lehti 6/2010

Soukas-Cunliffe, A. 2014 Traumapsykoterapian käytännöt ja erityispiirteet. Psykoterapiat. Toim. Huttunen, M ja Kalska H. Duodecim

Talvitie, U., Karppi, S-L., Mansikkamäki T. 2006. Fysioterapia. Editra Prima Oy, Helsinki.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. ICF-luokitus. Luettu 23.10.2015

<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Traumaperäinen stressihäiriö. 2014. Käypä hoito. Luettu 31.3.2015

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50080>

Traumaterapiakeskus. 2013. Psyykkinen trauma. Luettu 22.10.2015

<http://www.traumaterapiakeskus.com/18>

Tunnista tuska - opas hoitohenkilökunnalle kidutustrauman tunnistamisesta.

Luettu 21.10.2015

[http://www.odl.fi/odl/wp-content/uploads/2015/05/TunnistaTuska\\_TraumaOpas.pdf](http://www.odl.fi/odl/wp-content/uploads/2015/05/TunnistaTuska_TraumaOpas.pdf)

Tähkävuori, I. 2015. Fysioterapeutti. Työskentelee Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille yksikössä.

Haastattelu 24.8.2015. Haastattelija Herva, I.-M.

Ulkoasianministeriö. Luettu 20.10.2015.

<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentId=67689&nodeId=31460&contentLanguage=fi-FI>

Vainio, A. 2009a. Akuutti ja krooninen kipu, Kivunhallinta. Duodecim.

Luettu 10.9.2015

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00005](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005)

Vainio Anneli. 2009b. Kipuviesti ja kipurata. Kivunhallinta. Duodecim.

Luettu 10.9.2015

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00014](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00014)

Van der Kolk, B. A. 2009. Esipuhe. Trauma ja keho. Traumaterapiakeskus

Veijola A. 2012. Motivoiva haastattelu. Vahvistaa kuntoutujan osallisuutta. Luento. GAS-koulutus. 8.11.2012. OAMK